

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

PRACOVNĚ REHABILITAČNÍ AKTIVITY V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE

WORKING AND REHABILITATION ACTIVITIES IN THE SOCIAL CARE INSTITUTIONS FOR PERSONS WITH MENTAL IMPAIRMENT

Autor:

Petra Kučerová
Družstevní 35/12
412 01 Litoměřice

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
60	0	17	15	21	3 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne:30.4.2007

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Petra Kučerová
Adresa: Družstevní 35/12, 41201 Litoměřice

Bakalářský studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Název bakalářské práce: PRACOVNĚ REHABILITAČNÍ AKTIVITY
V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE PRO OSOBY
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Název BP v angličtině: Working and Rehabilitation Activities in the Social
Care Institutions for Persons with Mental
Impairment


Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Termín odevzdání: 30. 4. 2006

V Liberci dne : 11. 3. 2005


.....
vedoucí bakalářské práce


.....
děkan FP TUL


.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Petra Kučerová

Datum: **Podpis studenta:**

Charakteristika práce: Bakalářská práce s teoreticko – deskriptivním
charakterem.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je průzkum pracovních
rehabilitačních aktivit v ústavech sociální péče pro
jedince s mentálním postižením.

Předpoklad práce: Předpokladem práce je teoretická i praktická
znalost ústavu sociální péče pro osoby s mentálním
postižením.

Hlavní použité metody: Nestandardizovaný dotazník

Základní literatura:

KÁBELE, F. a kol. *Defektologický slovník*. 1. vyd. Praha: SPN, 1978.
PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-
85931-65-6
ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X
SVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-696-2

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 27.4.2007

Podpis:

Poděkování

Děkuji touto cestou Mgr. Květuši Slukové za vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Název BP: *Pracovně rehabilitační aktivity v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením*

Název BP: *Working and Rehabilitation Activities in the Social Care Institutions for Persons with Mental Impairment*

Jméno a příjmení autora: Petra Kučerová

Akademický rok odevzdání BP: 2006 – 2007

Vedoucí BP: Mgr. Květuše Sluková

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou pracovně rehabilitačních aktivit v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením a vycházela ze současného stavu. Jejím cílem bylo zjistit a analyzovat kvality úrovně péče o osoby s mentálním postižením v ústavech sociální péče. Bakalářská práce se snažila zmapovat, jakým způsobem se v ústavech sociální péče využívají možnosti v péči o osoby s mentální retardací. Seznamuje čtenáře s terapeutickými technikami, které používají speciální pedagogové v práci s postiženými klienty a podrobněji se zabývala ergoterapií.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních zdrojů objasňovala podpůrné metody uplatňované při práci s osobami s mentální retardací. Praktická část bakalářské práce byla přirozeným vyústěním její teoretické části a zaměřila se tedy zejména na problematiku a zmapování pracovně rehabilitačních aktivit v ústavech sociální péče a využívání možností a způsobů v péči o rozvoj osob s mentálním postižením. Praktická část zjišťovala pomocí nestandardizovaného dotazníku systém, metody, podmínky a současný stav ústavní péče. Výsledky ukázaly, že většina našich ústavů, které zajišťují péči o mentálně postižené občany využívají a hledají nové způsoby práce, terapie a služby.

Klíčová slova:

Mentální retardace, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, hipoterapie, canisterapie, snoezelen, ergoterapie, pracovní aktivity, ústavní péče.

Summary

This thesis dealt with the problems associated with labourforce rehabilitation activities within the Institute of Social Welfare for mentally challenged people and results of their present condition.

Its aim was to find out and analyse qualities of levels of care for mentally challenged people in the Institute of Social Welfare. This thesis tried to chart the various methods of care for people with cephalonia. This thesis introduces to readers the therapeutical techniques that special pedagogues use at work with disabled clients and dealt in more details with ergotherapy.

The work composed of two pivotal areas. Theoretical aspect dealt with the handling of literary sources that showed supportive methods alleged at work with people with cephalonia. The practical part of this thesis was the logical properties of the theoretical part and focused especially on the dilemmas and findings of labourforce's rehabilitative activities in the Institute of Social Welfare as well as using possibilities and methods in the care of development of disabled people. The practical part was investigated with the help of an unnormalized questionnaire of the system; methods; conditions, and the present state of institutional care. The result showed that most of our Institutes which ensure the care for mentally challenged citizens use and search for new ways of methods, therapies and services.

Key's words:

Cephalonia, art therapy, music therapy, drama therapy, hippotherapy, canine therapy snoezelen, ergotherapy, labour related activities, institutional care.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	10
2.1 Mentální retardace	10
2.1.1 Definice mentální retardace	10
2.1.2 Etiologie mentální retardace	11
2.1.3 Klasifikace mentální retardace	12
2.2 Podpůrné metody uplatňované při práci s osobami s mentální retardací	16
2.2.1 Arteterapie	16
2.2.2 Muzikoterapie	17
2.2.3 Dramatoterapie	19
2.2.4 Hipoterapie	20
2.2.5 Canisterapie	21
2.2.6 Snoezelen	22
2.2.7 Ergoterapie	23
2.2.7.1 Obor ergoterapie a jeho cíle	23
2.2.7.2 Pracovní rehabilitace	24
2.2.7.3 Pracovní techniky využívané v ÚSP	26
2.3 Druhy a charakteristika ústavní péče o lidi s mentálním postižením	27
3 PRAKTICKÁ ČÁST	30
3.1 Cíl praktické části	30
3.2 Stanovení předpokladů	31
3.3 Použité metody	31
3.4 Popis a charakteristika vzorku	32
3.5 Zpracování údajů	32
3.6 Shrnutí výsledků	49
4 ZÁVĚR	52
5 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ	58
6 SEZNAM PŘÍLOH	60
7 PŘÍLOHY	60

1 ÚVOD

Organizace UNESCO označuje *naše století jako století postiženého dítěte*. Podle údajů OSN přichází na svět každé desáté dítě s fyzickou nebo duševní odchylkou. Všem postiženým však náleží stejná práva a stejné možnosti k rozvoji jejich osobnosti a k plnohodnotnému životu ve společnosti.

Proto musíme ještě mnohé poznat, změnit a naplnit, aby ti, kteří jdou po své cestě životem přírodou méně vybaveni, nebyli přehlíženi, nedoceněni a ponižováni jedinci. Ne všichni však mají nepolevující, trpělivou, obětavou a moudrou péči své rodiny. Ta musí přijmout úplně jiná měřítká a hodnoty, nemůže zde platit tvrdá norma okolního světa, jeho běžných hodnot a ideálů.

Péče o postižené je pro rodiče velmi náročný úkol také proto, že mají vedle této těžké životní úlohy ještě jiné povinnosti v životě. Často však dojde k situaci, kdy jedinec, rodiče, prarodiče a ostatní členové rodiny jsou na hranici svých možností, a přesto váhají s rozhodnutím požádat o umístění dítěte do některého sociálního zařízení. Přesto je za určitých okolností nezbytné dát přednost rozumu před citem. Je nutné vidět hořkou a těžkou stránku života rodiny s postiženým dítětem. Místo radosti zklamání, dennodenní úmorná práce, léčení, naděje, velmi často neúspěch, sebeobětování, omezování vlastního života, nepochopení okolí, úzkost o existenci rodiny a o další osud dítěte. Jak dlouho lze takto žít, kam až může sahát sebeobětování a nakolik je toto sebeobětování smysluplné? Je třeba si uvědomit, že nejde o definitivní prohru, většinou také ne o odmítnutí dítěte. Jedná se o spolupráci rodiny a příslušného zařízení, kterých je v současné době větší výběr a také péče a možnosti těchto zařízení jsou často na velmi dobré úrovni. Po diagnostikování mentální retardace přichází do ústavní péče také děti z dětských domovů. Právě jim, ale i těm s nejtěžším stupněm mentálního a kombinovaného postižení jsou tyto ústavy určeny. V oblasti péče o postižené mají tato zařízení své místo. Současná legislativa, ale i zvyšující se povědomí a zájem celé společnosti umožňuje zkvalitňovat péči, otevírat se veřejnosti a poskytnout obyvatelům těchto zařízení nejen kvalitní péči, ale i domov. Je mnoho ústavů sociální péče, kde se mnohé již změnilo a dále mění tak, aby i zdravotně postiženým bylo umožněno naplnění jejich práv a prožití šťastného plnohodnotného života.

Bakalářská práce se snaží zmapovat, jakým způsobem se v ústavech sociální péče využívají možnosti v péči o osoby s mentální retardací. Uvádí terapie používané speciálními pedagogy v práci s postiženými klienty a podrobněji se zabývá ergoterapií.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace, mentálně postižený, mentálně retardovaný – to jsou pojmy, užívané v současnosti oproti dřívějším termínům oligofrenie, slabomyslnost, mentální zaostalost, slaboduchost či rozumové postižení. Přesná definice tohoto pojmu však stále není stanovena.

2.1.1 Definice mentální retardace

Existuje velké množství definic, ať už několikavětných, ale i zaujímajících několik stran textu. ***Záleží na faktorech, které jsou zdůrazňovány při posuzování mentální retardace.*** Nejpoužívanějším hodnocením pro kvantitativní vyjádření inteligence je výsledek vyšetření vyjádřený tzv. inteligenčním kvocientem IQ. Jeho pomocí je určována globální úroveň výkonu jedince určitého věku ve vztahu k průměrnému výkonu osoby stejného věku a dané populace. Průměrný výkon je označován hodnotou 100. Pod 90 hovoříme o nižším průměru, hraničním pásmem mentální retardace je IQ-70. Znamená pouhé 70% splnění normy. Původní inteligenční kvocient, který navrhl v roce 1912 německý psycholog W. Stern vyjadřoval poměr věku, kterému odpovídá výkon jedince – tj. mentálního – a věku skutečného, tzv. chronologického.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Definice uvedená v Terminologickém speciálně pedagogickém slovníku vydaném UNESCO (1983) pod heslem mentální retardace uvádí: „*Pojem mentální retardace se vztahuje k průměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé: - z pomalého tempa dospívání, - ze snížené schopnosti učit se, - z nedostatečné*

sociální přizpůsobivosti“. K této definici mentální retardace se současná česká psychopedie přiklání. Zdůrazňuje anatomické, fyziologické, psychologické, pedagogické a sociální kvality jedince. Mentální retardace je charakterizována individuálními zvláštnostmi psychických činností při dominantním postižení oblasti intelektové. Je to stav, který vzniká v různých vývojových obdobích života jedince, odráží se v jeho chování a sociální přizpůsobivosti, při zachování rozdílných schopností a kapacity. (Černá, 1995)

2.1.2 Etiologie mentální retardace

Bylo prokázáno, že mentální retardace nemá jednotnou příčinu. Na jejím vzniku se podílí mnoho činitelů, z nichž mnohé nebyli ještě zcela odhaleny. Příčinu tohoto postižení neznáme přibližně u 15 – 30% jedinců. Mnohé však již známe a často nacházíme v anamnézách několik etiologických faktorů podílejících se na vzniku mentálního postižení. To je důsledkem poškození či porušení funkce, nebo změněnou strukturu CNS. Příčiny tedy bývají různé a lze je shrnout do několika základních skupin.

Dědičné vlivy, kdy bývá porušena genetická struktura nebo funkce lze členit na:

a) **Poruchy počtu struktury chromozómů**, některé tyto poruchy jsou tak závažné, že nejsou slučitelné s životem. K méně závažným těmto odchylkám patří např. *trisomie* 21. chromozómu tj. *Downův syndrom*. Místo 46 chromozómů se zde vyskytuje 47 XX nebo 47 XY. Asi u 5% případů je Downův syndrom způsoben translokací nadbytečného 21. chromozómu na jiný, nejčastěji ze skupiny D. Dnes je již známa řada dalších syndromů, u nichž jsou některé chromozómy třikrát, například trisomie 13. chromozómu (Patauův syndrom) trisomie 18. chromozómu (Edvardův syndrom) aj. Jsou také spojeny s mentální retardací a mají některé známky podobné mongolismu.

Turnerův syndrom postihuje dívky, mající o jeden pohlavní chromozom méně (XO). *Klinefertův syndrom* vzniká u chlapců, kteří mají o jeden chromozom X navíc 47,XXO.

b) **Monogenní poruchy**, spočívají v odchylné funkci jednoho genového páru. Známe jich velké množství a mnohé jsou primárně metabolické. K poškození mozku dochází druhotně působením produktů vlastní látkové přeměny. Příkladem je

fenylketonurie – porucha metabolismu bílkovin, galaktosemie – porucha metabolismu glycidů, leukodystrofie – vrozené poruchy metabolismu lipidů.

c) **Polygenně dědičné snížení dispozic pro rozvoj rozumových schopností.** Tito jedinci získali malý počet genů potřebných pro rozvoj inteligence. Je pro ně typická spíše lehčí mentální retardace. Genetické předpoklady jsou přenášeny z rodičů na potomky, takže rodiče nebo alespoň jeden z nich mají nižší úroveň inteligence.

Postižení podmíněné působením *teratogenních faktorů* způsobují poškození mozku především v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Tyto faktory lze dělit do tří skupin:

a) *Faktory fyzikální* – jde především o následky úrazů nebo záření RTG paprsků v prenatálním období, či mechanické poškození plodu při porodu. Porodní trauma mívá za následek krvácení do mozku nebo asfyktický syndrom, jehož důsledkem může být mentální defekt s poruchou hybnosti v rámci diagnózy dětské mozkové obrny.

b) *Faktory chemické* – jsou převážně civilizační zátěží. Radíme sem pesticidy, rozpouštědla, konzervační látky, léky a také alkohol. Matky alkoholičky rodí děti s fetálním alkoholovým syndromem. Tyto děti jsou drobnější, mívají různé malformace a opožděný mentální vývoj.

c) *Faktory biologické* – (virové a bakteriální teratogeny). Jedná se např. o poškození vývoje embrya virem zarděnek. Rubeolový neboli Graggův syndrom zahrnuje mentální defekt, zrakové a někdy i sluchové postižení a srdeční vady. Dále sem náleží negativní vlivy funkcí mateřského organismu nebo jeho inkompatibilita s vlastnostmi plodu. Také poruchy výživy plodu a nedostatek zásobení kyslíkem vedou k poškození mozku. Velkým rizikem pro novorozence s nedostatkem některých protilátek jsou různé bakteriální infekce, zápal plic, průjemová onemocnění a záněty mozkových blan.

2.1.3 Klasifikace mentální retardace

Při klasifikaci mentální retardace vycházíme z nejrůznějších hledisek, nejčastěji však hodnotíme hloubku postižení vyjádřenou stupněm postižení. Dalším důležitým faktorem je také hledisko etiologické a symptomatologické. Významným kritériem je i vývojové období, ve kterém se porucha objevila. V raném dětství se jedná o mentální

retardaci. Termín demence se užívá pro ireverzibilní úbytek inteligence po druhém roce života. Jde o ztrátu již rozvinutých funkcí. K poškození tedy dochází po dosažení určitého stupně rozumového vývoje. Právě u velmi malých dětí se obtížně rozlišuje zda jde o vrozenou mentální retardaci či ranou formu demence. Jestliže dochází k demenci v počátečním období vývoje, bývá postižení globálnější než v pozdějším věku, kdy se projeví převážně nerovnoměrným úbytkem intelektu. Demence je tedy stav získaný. Vzniká na základě onemocnění, organického poškození CNS, následkem úrazů nebo otrav. Jedná se o stav trvalý. Může sice dojít k určitému zlepšení v rámci léčby či spontánní úpravy, ale s úplnou úpravou nelze nikdy počítat.

Žádný klasifikační systém však není zcela přesný. Nemůže vyjádřit nerovnoměrný vývoj stránek osobnosti. Je třeba hodnotit i ostatní schopnosti retardované osoby, zejména její schopnosti sociální přizpůsobivosti, kulturní a rodinné zázemí. Při klasifikaci podle stupně postižení rozlišujeme čtyři kategorie:

F 70	lehká mentální retardace	- IQ 69 – 50
F 71	středně těžká mentální retardace	- IQ 49 – 35
F 72	těžká mentální retardace	- IQ 34 – 20
F 73	hluboká mentální retardace	- IQ 19 – níže
F 78	jiná mentální retardace	stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, autismus
F 79	nespecifická mentální retardace	MR je prokázána, není však dostatek informací zařazení do některého z uvedených stupňů MR

(klasifikace WHO z r. 1992)

Zařazování jedinců k příslušnému stupni se řídí výsledky v IQ testech. Přesto jsou však hranice mezi jednotlivými stupni plynulé, málo výrazné a nelze jimi vystihnout celou jedinečnost osobnosti mentálně retardovaného.

Lehká mentální retardace

Somatické vady se vyskytují ojediněle. Motorický vývoj je opožděný, jemná motorika a koordinace pohybů je nepřesná. Sociální dovednosti se vyvíjí opožděně, avšak jedinci jsou schopni zvládat základní normy a role. Obtíže se projevují v náročnějších a

proměnlivých situacích. Při dobrém vedení zvládají osobní péči a jednoduché domácí práce, po zácvičku zaměstnání založené na manuální činnosti.

Řeč je při svém vývoji opožděna, obsahově chudá. Věty se vyznačují častými agramatismy, chybí abstraktní pojmy. Také po formální stránce je někdy nápadná nepřesnou výslovností, menší artikulační obratností.

Charakteristická je snížená celková aktivita psychických procesů. Názorné a mechanické schopnosti jsou rozvinuty. V dospělosti mohou dosáhnout úrovně konkrétních operací, avšak nedospějí k úrovni logického myšlení. Úroveň vzdělání je omezena, probíhá pomaleji, ale zvládnou základy výuky při specifických podmínkách.

Emoční stránka osobnosti bývá labilní, zvýšeně sugestibilní, impulsivní nebo pasivní či popudlivá.

Středně těžká mentální retardace

Neuropsychický vývoj je omezen. Vyskytují se neurologické a tělesné obtíže. Omezen je také motorický vývoj s nápadnou nekoordinovaností pohybů. Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná, zvládají adekvátní chování ve známých situacích. Pomoc a dohled potřebují po celý život. Mohou se zapojovat do jednoduchých pracovních činností.

Psychické procesy jsou omezeny, mají jen slabou schopnost kombinace a úsudku. Dosahují úrovně názorného intuitivního myšlení. Někteří si osvojí základy trivia.

Řeč je ve svém vývoji omezena, ve slovníku chybí i konkrétní pojmy, používají jen jednoduché věty či slovní spojení. Nápadná je i porucha formální stránky řeči. Výslovnost je silně dyslálická, artikulačně neobratná s častými agramatismy.

Poruchy se projevují i v afektivní sféře. Objevují se zkratková jednání, nepřiměřené afektivní reakce, emocionální labilita a sugestibilita.

Těžká mentální retardace

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v raném věku. Přidružují se motorické poruchy a příznaky celkového postižení centrální nervové soustavy. Nápadná je značná pohybová neobratnost a omezení pohybových funkcí. Možnost sebeobsluhy je značně omezena, někteří nejsou schopni udržovat čistotu ani v dospělosti. Sociální kontakt probíhá na úrovni jednoduché interakce se známou osobou a stereotypním chováním v obvyklých situacích.

Jsou schopni mechanického nácviku základních úkonů a plnění elementárních příkazů. Dosahují úrovně symbolického předpojmového myšlení. Nápadné omezení koncentrace pozornosti.

Slovník obsahuje malý počet špatně artikulovaných výrazů, komunikativní dovednosti jsou omezeny na izolovaná slova. Afektivní sféra je značně porušena, projevuje se kolísáním nálad, zvýšenou dráždivostí nebo naopak apatií. Celoživotně jsou závislí na péči jiné osoby.

Hluboká mentální retardace

Při tomto stupni postižení se přidávají těžké neurologické poruchy, vady zraku nebo sluchu, motorické poruchy často omezují nebo znemožňují lokomoci. Objevují se stereotypní automatické pohyby. Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, potřebují péči v nejzákladnějších životních úkonech. Neuropsychický vývoj je značně omezen, sestává v základní senzomorické poznávací aktivitě.

Komunikace je nonverbální, vyskytují se pouze neartikulované výkřiky a významové zvuky. Někdy pouze echolalické opakování jednotlivých slov. Porozumění jednoduchým stereotypním příkazům. Řeč není vytvořena. Afektivní oblast je celkově postižena, objevuje se sebepoškozování.

2.2 PODPURNÉ METODY UPLATŇOVANÉ PŘI PRÁCI S MENTÁLNĚ RETARDOVANÝMI

Vedle klasické výchovně vzdělávací práce se začínají stále častěji prosazovat nové pracovní metody v podobě nejrůznějších terapií. Pojmem *terapie* se označovalo léčení, náprava a zlepšení zdravotního stavu. *Ve speciálně pedagogické péči jde o uplatňování postupů, cvičení a programů na zlepšení narušených funkcí. Získávání zkušeností a zážitků, dozrávání a sociální uplatnění v maximální možné míře.*

Každá z metod a technik přitom ovlivňuje osobnost jako celek. Netýká se izolovaně pouze jednotlivých stránek osobnosti ovlivňovaných určitou terapií. Vždy se vychází z pečlivé diagnostiky. Navrhované postupy se realizují pomocí komplexního programu zahrnující cvičení, režimová a další opatření, na kterých se podílí tým odborníků.

Ve speciální pedagogice zpravidla většina postižených potřebuje terapii vyžadující dlouhodobý, individuální a speciální přístup. (Hornáková, 2001)

2.2.1 Arteterapie

Arteterapie byla uplatňována již v padesátých a šedesátých letech v rámci psychoterapeutické péče. V osmdesátých letech se začala více objevovat a prosazovat i v různých speciálně výchovných zařízeních. V rámci osamostatňování a odpoutávání arteterapie od psychoterapie lze konstatovat, že mezi členy České arteterapeutické společnosti je 75% pedagogů, 15% psychologů a zbytek připadá na ostatní profese. (Koblicová, 2000)

Před několika lety Jan Slavík vytvořil nový termín artefiletika. Mnoho pracovních principů a technik platí stejně pro arteterapii jako pro artefiletiku. Oba obory se dynamicky rozvíjí a jsou využívány v alternativních školách, výchovných, převýchovných zařízeních, léčebnách a při volnočasových aktivitách.

Arteterapie je disciplína využívající ke svým cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám. *Prvořadým cílem zde není vytvoření uměleckého díla, ale prostřednictvím sebevyjádření, rozvíjení tvořivosti, schopnosti komunikovat a zpracováním osobně významného tématu dosáhnout odstranění nebo zmírnění potíží.*

(Stibůrek, 2000). Do arteterapie nelze tedy řadit činnosti sloužící pouze k aktivnímu způsobu trávení volného času, k rozvoji umělecké tvorby, dovednosti výtvarných technik a kladoucí důraz na estetické hodnocení. Terapeutická činnost podporuje spontánní sebevyjádření, výtvarné práce se nerozlišují na „dobré“ a „špatné“ a jsou všechny akceptovány, výtvarné techniky a dovednosti jsou méně důležité. Arteterapie bývá využívána jednak jako samostatná metoda nebo jako přídatná technika. Zde záleží na typu klienta.

Mentálně retardovaným, psychotikům, nebo těžce somaticky postiženým umožňuje tato metoda vyjadřovat se jinak než slovně, což je pro mnohé z nich, z různých důvodů obtížné, ne-li nemožné. Neverbálně se taktéž dají zprostředkovat myšlenky, pocity a vjemy. Lze ji využít v nejrozmanitějších věkových skupinách.

Nový termín *artefilketika* označuje práci s běžnou populací, při využití arteterapeutických technik za účelem rozvoje osobnosti a poznávání kultury. Je to disciplína pedagogická. Podporuje rozvíjení kladných stránek osobnosti, rozvíjí emocionální vnímání, tvořivost, a podporuje prožitkovou stránku tvorby.

Technik využívaných v arteterapii je velké množství. Volné čmáraní, kresba prsty nebo houbou namočenou v barvě, malba do vlhkého podkladu, různé koláže, práce s přírodninami, tématická kresba a malba, práce ve dvojicích či ve skupině. Často využívanou technikou je modelování z keramické dílny. Práce s tímto materiálem odbourává neschopnost komunikace, agrese, rozvíjí představivost a trojrozměrné vnímání. Umožňuje změny postojů ke své osobě a k druhým, kompenzaci případně chybějících smyslů. Je oblíbená ve všech věkových kategoriích. Práce s tímto prastarým materiálem umožňuje dotýkat se, pociťovat, vnímat plasticitu, hníst, válet, mačkat a měnit tvar. Hlína umožňuje pozměňovat své dílo, přetvářet a znovu budovat. Při práci dochází ke zklidnění, ztišení a uvolnění.

2.2.2 Muzikoterapie

Hudba jako léčebný prostředek, *hudba jako terapie*, jako lék, nebo výchovný prostředek. Takto a podobně bylo během dlouhodobého vývoje lidské společnosti na hudbu nahlíženo. Již staří zaříkávači a šamani využívají rytmu a zpěvu. Starodávne rituály a obřady byly doprovázeny kolektivním zpěvem a tancem. Pro léčbu hudbou

používali staří lékaři Řecka a Říma název melotherapie. V období renesance se objevovaly pokusy o využití hudby při léčení duševních poruch. V polovině 19. století se pacienti hudbou aktivně zaměstnávali.

Začátkem 20. století vznikají ve světě jednotlivé muzikoterapeutické školy. Je to škola švédská, americká, britská, a německá. Také v Rakousku je tato terapie na vysoké úrovni. V padesátých a šedesátých letech se tento obor dále rozvíjí, vznikají různá muzikoterapeutická centra, konají se kongresy odborníků, vydávají časopisy a odborná literatura. Začíná se prosazovat také ve zbývajících zemích Evropy. Také v České republice se používá při léčbě v psychiatrických léčebnách, při práci s alkoholiky, ve foniatrii, při logopedických vadách, v neurologii, u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, v geriatrických zařízeních, u dětí s poruchami chování a také u mentálně retardovaných jedinců.

U nás je **muzikoterapie** chápána jako léčebně výchovná metoda, kdy prostřednictvím neverbálních a verbálních médií můžeme preventivně a kurativně působit na celou osobnost jedince. Základní prvky jako rytmus, melodii, harmonii, považujeme za důležité faktory léčebně – výchovného působení.

Pro mentálně retardované má muzikoterapie výhodu nonverbální komunikace. Umožňuje rozvoj celé osobnosti jak po stránce estetické ale i rozumové. Podílí se na rozvoji řeči, vnímání, paměti, pozornosti. Rozšiřuje možnosti sociálních kontaktů a vztahů. Umožňuje přirozený pohybový projev a zapojení fantazie. Celkově kladně pomáhá navodit atmosféru radosti, aktivity a psychického uvolnění. Můžeme říci, že při dobrém vedení hodiny hudební výchovy, učitelé bezděčně využívají principy muzikoterapie. Rozlišujeme ji na receptivní a aktivní.

RECEPTIVNÍ muzikoterapii rozumíme poslech hudby. Její vnímání jednotlivými posluchači je rozdílné, záleží na schopnostech věku, zkušenostech a vyspělosti člověka.

Mnohem častěji se využívá vlastní aktivní provozování hudby což označujeme jako **AKTIVNÍ muzikoterapii**. Není přesně stanoven druh hudby, který se má používat, což dává velký prostor hlasovým a rytmickým improvizacím. Hra na tradiční nástroje podle předlohy je však velmi obtížná a vyžaduje dlouhodobou přípravu. Hlavně pro děti je naopak vždy dostupná takzvaná „hra na tělo“ jako jsou různé druhy tleskání, dupání, nebo luskání. Oblíbené je také používání vlastnoručně vyrobených nástrojů, nebo předmětů denní potřeby. Nejzákladnější nástrojem však vždy zůstává lidský hlas. Vhodné a dobře dostupné je nejen pro děti, ale i pro mentálně retardované využití *Orfeova hudebního instrumentáře*. Jsou to různé bubny a bubínky, ozvučná dřívka, triangly, činely

a zvonkohry. *Hraní melodie umožňuje xylofon a metalofon.* U nás tuto metodu propracoval skladatel Petr Eben a Ilja Hurník. Tyto nástroje umožňují improvizaci a jednoduchou instrumentální hru. Není nutné, aby se je děti učily bezchybně ovládat.

Přirozeným doprovodem hudby a zpěvu je také pohyb. Ten zajišťují hlavně hudebně pohybové hry podporující také celkovou koordinaci pohybů, zlepšují tělesnou obratnost a přináší uvolnění. Bývají nedílnou součástí muzikoterapeutických lekcí, které by měly probíhat dva až třikrát týdně 25 až 30 minut.

2.2.3 Dramaterapie

Teatroterapie se začala objevovat koncem sedmdesátých let. Jednalo se o divadlo hrané postiženými jedinci. Ve světě jsou známé soubory mentálně postižených. Existují v Nizozemí, Francii, Velké Británii, Španělsku, u nás je známá Bohnická divadelní společnost pracující s pacienty psychiatrické léčebny.

„Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní a fyzické integrace a osobního růstu.“ (Landa, 1999 s. 14) Pracuje se zde převážně se skupinou, při využívání divadelních prostředků podobně jako při lekcích dramatické výchovy.

Tato terapie se nejvíce využívá u mentálně postižených, autistů, neurotiků, psychotiků, geriatrických pacientů a u mládeže s poruchami chování a učení. Terapeuti bývají ponejvíce speciální pedagogové, psychologové a lékaři. Často ji využívají odborníci v oblasti sociálně patologických jevů.

Cíle dramaterapie jak je seřadila Renée Emunah (1999):

- zvýšení sociální interakce
- uvolnění a spontánní chování
- kontrola emocí
- změna nekonstruktivního chování
- získání repertoáru rolí
- rozvoj představivosti a koncentrace
- posílení sebedůvěry a sebeúcty
- poznat a přijmout svoje omezení i možnosti.

Základním prostředkem v této terapii je improvizace, která je blízká skutečnému životu a jedinec se při ní učí okamžité reakci. Hraní role se stává osobním repertoárem, který lze využít v běžném životě. Hranice mezi dramatem a skutečností je velmi tenká, zkušenost z dramatu je téměř totožná se zkušeností reálného života.

Dalšími prostředky jsou mimická a řečová cvičení, dramatická hra, verbální hra a hra v roli, scénář a příběhy, práce s textem, líčení, masky, hra s maňáskem a loutkou, pantomima a hra s objekty a kresba.

Při každém terapeutickém cvičení vychází terapeut ze složení klientů, jejich schopností a potřeb, cílů a požadavků na jednotlivá cvičení i celý proces.

Na začátku lekce se terapeut zdraví se skupinou, navazuje s jejími členy kontakt a seznamuje je s plánem. Následuje rozcvička, jejímž cílem je uvolnění, dechové cvičení a relaxace. Pak se otevírá herní prostor, jakýsi vstup na scénu s imaginárním světem. Dalším krokem je nastartování hry a hlavní část cvičení. Pracuje se s jedním tématem a jednou situací společnou pro skupinu, nebo také s několika situacemi současně. Klienti nejprve cvičí ve dvojici, poté ve skupinách a nakonec všichni dohromady. Uzavírání sezení se většinou děje určitým rituálem v kruhu, kdy se opustí imaginární svět a opona se jakoby uzavře.

2.2.4 Hipoterapie

Jedná se o formu léčebné rehabilitace, která využívá fyziologické vzruchy koně k reedukaci chůze a koordinaci motoriky jako celku. Terapeuticky zde působí trojrozměrný pohyb jeho těla, rytmus chůze, rychlost a směr pohybu. Pacient se přizpůsobuje rytmu koně a velké požadavky jsou také kladeny na koordinaci a rovnováhu. O vhodnosti hipoterapie rozhoduje lékař. Je využívána pro pacienty s neurologickými diagnózami (dětská obrna, myopatie, roztroušená skleróza mozkomíšní, svalová degenerativní onemocnění). Klienty jsou i pacienti ortopedie (anomálie dolních končetin, amputace, vady páteře, vadné držení těla) a *velkým přínosem je i pro psychicky nemocné* (lehké mozkové dysfunkce, poruchy chování, mentální retardace, autismus).

V době i při naprosté pasivitě pacienta dochází k reakcím svalů a svalových skupin. Napomáhá k uvolnění spasticity. Působí zde vlivy fyzické, psychické a sociální.

Fyzické vlivy: kožní stimulace (teplo, hlazení srsti), reflexní složka

2.2.5 Canisterapie

Canisterapie je jednou z forem zooterapie. Canis je latinsky pes a terapie znamená léčení. *Pes je zde tedy využíván pro práci s postiženými jedinci jako terapeutický prostředek.* Je to vhodná metoda prakticky pro všechny děti. Některé se však bojí nebo jsou alergické. Těm nemá smysl tyto postupy vnucovat, terapie musí probíhat bez napětí a strachu s cílem přinášet pozitivní emocionální a sociální efekt.

Pes, který by měl být pro tuto činnost speciálně vycvičen představuje sám o sobě značnou hodnotu. Proto například v Rakousku byli tzv. „partnerští psi“ uznáni jako léčebná pomůcka.

Pes může sloužit jednak pouze jednomu postiženému, nebo kolektivu. Střídá se ve výchovných skupinách, kde má vymezeny své „povinnosti“, nebo je jen přítomen jako součást dění. Musí také ale mít čas na odpočinek a krmení.

M. Zouharová a D. Polášková (2000) hodnotí přínos canisterapie na základě svého experimentu takto:

1. Úloha psa je schopna částečně zastoupit chybějící úzké mezilidské vztahy.
2. Pes stimuluje pohyb, rozvíjí motoriku.
3. Zvyšuje pokleslé sebevědomí.
4. Působí jako katalyzátor citů (potlačovaná přání).
5. Kontakt se psem umocňuje regenerační schopnosti.
6. Pozitivně ovlivňuje prožívání stresu (odloučení od rodičů).
7. Potlačuje sklony k agresivitě, učí ohleduplnosti a porozumění.
8. Pomáhá vytvářet optimistickou atmosféru.
9. U nemluvicích pomáhá vytvářet pozitivní nonverbální kontakt.
10. Hyperaktivní pacienty zklidňuje, pasivnější aktivizuje.
11. Délku kontaktu si určuje dítě samo.
12. Pes může být prostředkem k překonání strachu.
13. Vyvolává pozitivní reakce u autistů.
14. Učí děti sociálnímu chování (soucit, ohleduplnost, respektování).
15. Zlepšení koncentrace, odpovědnosti a relaxaci.

U této formy terapie lze konstatovat nesporný význam jak pro citový, tak pro rozumový vývoj dítěte. Aby byla metoda účinná, je nutná pravidelnost a týmová spolupráce. Pes se pak může stát trvalou součástí života postižených jedinců.

2.2.6 Snoezelen

Tato *terapie je určena jedincům s nejtěžším druhem postižení*. Jedná se o zvláštní nabídku pro využívání jejich volného času. Metoda vychází z toho, že postižení jsou odkázáni na primární smyslové vjemy. Ty však mohou prožívat jinak než zdraví. Jejich svět tak může být jiný. Důraz je kladen na dobrovolnosti, na co největší volnosti a času. Nabízené podněty musí vyvolávat příjemné a libé pocity. Smyslové podněty jsou nabízené ve strukturovaném prostředí, tak aby nedocházelo k rušivým vlivům a zážitky byly hluboké. Nejdůležitější je vycházet z individuálních možností postiženého a brát je jako svébytné osobnosti. Nejsou nuceni se cokoliv učit, prioritou je udržet mezilidský kontakt s nejtíže postiženými jedinci. *Cílem snoezelenu je celkové uvolnění postižených. Má možnost být zcela sám sebou a smí dělat co chce, co je mu příjemné.* Někde používají terapii ke zklidnění svých neklidných obyvatel, kdy tento neklid může pramenit z neustálé přítomnosti druhých, velkými skupinami lidí a těsným prostorem.

Místnosti určené ke snoezelenu musí být izolovány od rušivých vlivů. Plynule přechází od denního světla k tlumenému. Nabízí také různé zvuky z reproduktorů a ze sluchátek. Lze volit například relaxační hudbu, nebo živější skladby, také zvuky jednotlivých nástrojů. Příjemná jsou také vodní lůžka a naopak třeba trampolína. K hmatání slouží zavěšené předměty, koberce, plyšové hračky. Je tu ale i voda, písek různé zrnitosti. U stropu jsou instalované pomalu se otáčející barevné kruhy a skleněné koule sloužící ke stropní projekci. Žádoucí je i volné nakládání s materiály připravenými pro snoezelen. K čichání slouží mnoho voňavých předmětů, mýdel, parfémů. Lze tu v polštářích pohodlně ležet, nebo v korytech naplněných pískem chodit nebo poslouchat zvuky přesýpaného písku. Mísy s jídlem reprezentují sladké, slané, kyselé a hořké chutě. Vždy je tu ale nutný mezilidský kontakt, který nesmí být nahrazen technikou.

Pokud není terapie postiženým akceptována, nemusí se jí zabývat.

S potěšením můžeme konstatovat, že tato terapie se již provádí také v některých zařízeních v České republice. (Švarcová, 2006)

2.2.7 Ergoterapie

Název ergoterapie vznikl z řeckého ergon (práce) a terapie (léčení). V podstatě to tedy znamená léčbu prací. Všechny postupy užívané v této terapii slouží k léčbě motorických, senzorických a funkčních postižení. Používá se speciální cvičební materiál, řemeslné techniky a praktický nácvik. Cílem těchto činností je znovuobnovení, zlepšení nebo kompenzace postižených funkcí. Úkolem je, aby prováděná terapie přinášela ve svém důsledku možnost co nejširšího společenského uplatnění postiženému jedinci. Pomáhá mu získat schopnosti žít společenským životem a nalézt své místo ve společnosti.

2.2.7.1 Obor ergoterapie a jeho cíle

Ergoterapie tedy svými prostředky jak uvádí Kubínová (1997) **vede ke zlepšení základních fyzických a psychických výkonnostních funkcí např. vytrvalosti, schopnosti zátěže, orientace a samostatnosti v režimu dne.** Zlepšení tělesných funkcí jako hrubá a jemná motorika, vnímání svého těla a jeho držení, pohybová koordinace. Zlepšení motivace a harmonizace jako jsou vůle, sebedůvěra, reálný náhled, vnímání sebe a ostatních jedinců, překonávání strachu s navazováním kontaktů. Odráží se v kognitivních funkcích koncentrace, vnímavosti, paměti, chápání a plánování činností. Umožňuje zvláště starším jedincům zachování co nejvyšší možné míry samostatnosti a aktivní postoj k životu.

V ergoterapii rozlišujeme čtyři hlavní oblasti, které se navzájem prolínají a doplňují:

a) kondiční ergoterapie

Hlavním úkolem je zde odpoutat pozornost od nepříznivého zdravotního stavu, udržení duševní pohody. Terapie probíhá hlavně podle zájmů a zdravotního stavu postiženého.

b) ergoterapie cílená na postiženou oblast

Zde má práce s postiženým obsahovat přesný, cílený a dávkovaný pohyb. Ergoterapeut musí mít odborné znalosti o pohybovém aparátu a z kineziologie (zákonitosti mechaniky pohybu lidského těla). Ke cvičení se využívají určité nástroje, nebo se provádí se sportovním nářadím a přístroji. Hlavním cílem je zvětšení svalové síly, zlepšení rozsahu hybnosti a koordinace.

c) ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Prvořadá je zde ergodiagnostika na jejímž základě stanovíme změny vyplývající z postižení pro pracovní zařazení i celkový způsob života. Nutná je zde hlavně včasnost péče. Pracovní zařazení dává přes jinak dostatečné zajištění postiženým náplň a smysl života.

d) ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

Hlavním úkolem je nacvičit soběstačnost v běžných denních činnostech. Jedná se především o nácvik mobility a lokomoce, nácvik komunikačních funkcí a běžných činností jako oblékání, hygiena, práce v domácnosti, nákupy a podobně.

2.2.7.2 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitací rozumíme začlenění všech osob v produktivním věku do pracovního procesu, které pro svoje postižení nebyli do tohoto procesu zařazeny. Svou práci nemohou po dlouhou dobu vykonávat a nadále ji budou moci provozovat jen za pozměněných přizpůsobených podmínek.

Jednou ze složek léčebné rehabilitace je léčba prací. Tato terapie vychází z pracovních pohybů a pohybů všedních činností k obnovení a nabytí běžných funkcí. Má také velký význam diagnostický. Umožňuje nám zhodnotit pracovní schopnosti, dovednosti, vědomosti a vytrvalost postiženého jedince. Podle D. Kubínové (1997) by léčba prací měla být přechodným článkem od rehabilitace léčebné k pracovní.

Cílem je navrátit, udržet nebo nahradit funkční schopnosti postiženého. Učí je využívat nabyté dovednosti k práci, zábavě a k vlastní obsluze. Má nesmírný

celospolečenský význam ve výchově k maximální soběstačnosti. Tak i těžce postižení jedinci mohou vytvářet pro společnost hodnoty.

Základem ergoterapie je proces učení, na jehož základě dochází k získávání nových dovedností, vědomostí a přizpůsobování se vnějšímu světu. Při získávání pohybových schopností vycházíme ze zákonitostí motorického učení. Prvotní je metoda samostatných pokusů a omylů, vedle dalších metod spočívajících v přímém vedení ergoterapeutem. Hintnausová (1999). Přímé vedení má výhodu v minimalizování chaotického učení, posílení zpětné vazby a vytvoření podmínek ke kompenzaci poškozené funkce.

Metoda svalové instrukce spočívá v provádění pohybu přímo s postiženým, kdy vedeme jeho ruku a upravujeme polohu těla. Jedná se o první krok na který navazují další. Je vhodná pro jedince, kteří nemohou samostatně pohyb provést a pro osoby s těžší mentální retardací.

Metoda předvedení se opírá o zapojení a spolupráci senzorio - motorických center. Již tříleté dítě je schopné napodobit předvedený pohyb. Vědomé kontrole pohybových činností, rozvoji komunikace a intelektu napomáhá popis pohybu. Jeho předpokladem je schopnost spojení slova a zrakově pohybové představivosti. Při učení novým dovednostem využíváme speciálních pomůcek, upravených nástrojů a podmínek vhodných pro prováděnou činnost.

Při nácviku jednotlivých pracovních postupů a zvládnutí konkrétních dovedností můžeme postupovat celistvě. Postižený pak výkon napodobuje a opakovanými pokusy zlepšuje. Úkol však musí být splnitelný, odpovídat intelektovým a pohybovým schopnostem jedince. Ergoterapeut může výkon zpřesňovat, upozorňovat na chyby, poskytovat radu, dopomoc a vhodně motivovat a vést jedince ke zvládnutí úkolu.

Další možností je postup skladebný. Pohybový výkon se předem rozčlení na jednotlivé, postupné prvky. Samostatně nacvičujeme obtížné kroky a pak celý pohyb postupně skládáme. Oproti školské praxi není možné postupovat jednotně při nácviku určitých dovedností. Práce ergoterapeuta je tvůrčí, musí vycházet z konkrétního jedince, rozsahu jeho postižení, jeho intelektových možností, funkčnosti smyslů a motoriky.

2.2.7.3 Pracovní techniky využívané v ÚSP

Účelem pracovní terapie je začlenit do denního režimu takové činnosti, které postiženého baví, zvládá, zlepšují jeho schopnosti a jsou přínosem pro jeho další rozvoj a společenské uplatnění. Míru jeho pracovního zatížení určuje lékař. Musí probíhat za určitých specifických podmínek.

Klienti jsou pod pedagogickým dohledem vyškoleného odborníka, který dobře ovládá všechny požadované operace. Dalším předpokladem je dobrá znalost jejich schopností volných vlastností a míry zátěže. Terapeut by měl také znát jejich charakterové vlastnosti, zájmy a vhodné způsoby motivace. Pracovní prostředí musí odpovídat potřebám prováděné činnosti, zajišťovat dostatek klidu pro práci, ale neizolovat a nevyřazovat postižené z okolní společnosti. Pracovní zátěž má být přiměřená také po stránce fyzické. Výkon musí být vhodně motivován a odměňován. Klienti mají mít možnost výsledky své práce prezentovat na veřejnosti.

Je třeba počítat s tím, že vypěstování pracovních dovedností a návyků je u mentálně retardovaných osob dlouhodobá záležitost. Často se jedná o roky práce. Nabyté schopnosti si musí opakováním upevňovat a posilovat, jinak jsou rychle zapomínány.

Po zvládnutí požadované činnosti důsledně vyžadovat vykonávání práce, nepřehlížet nedostatky. Zároveň však počítat s nutností dostatku času, pomalého pracovního tempa a snížené míry zátěže u postižených.

Vedle tradičních činností jako úklidové práce či práce na zahradě se v důsledku dostupnosti materiálů, pomůcek a technického vybavení objevují v ústavech sociální péče i nově zařizované dílny. Zde se obyvatelé ústavů věnují obvyklým, ale i novým pracovním technikám.

Mezi ně můžeme uvést malbu na sklo a textil. Podle druhu použitých barev a materiálu na který se maluje, se používá technika malby na hedvábí, malby na textil a malba a tisk pro výrobu modrotisku. Pro tuto práci je třeba již určité zručnosti a obratnosti při zacházení s tímto materiálem. Dalšími činnostmi tradičně využívanými v ústavech sociální péče je vyšívání a tkaní na destičkách, rámech a stavech. Nově objevovanou a levnou technikou je práce s přírodninami. Znovu se zpracovává sláma, kukuřičné šustí a proutí. Určité fyzické schopnosti vyžaduje práce se dřevem

v truhlářských dílnách. Zřizovány jsou dílny pro výrobu keramiky. Nejčastěji se využívá technika modelování, plátování a nejrychlejší postup výroby, lití do sádrových forem. Obvyklou činností jsou práce na zahradě, ve sklenících a zahradnické dílně. Tradici má v některých zařízeních košíkářská výroba a práce s pedigem.

2.3 Druhy a charakteristika ústavní péče o lidi s mentálním postižením

Občanům, kteří vzhledem ke svému postižení a dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují speciální péči mohou poskytovat tyto služby ústavy sociální péče, které se řídí příslušnou legislativou. Ústavy jsou v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí a od 1. srpna 1991 mohou tyto služby poskytovat též tzv. nestátní subjekty.

Vyhláška MPSV č.182/1998 Sb. Ústavní sociální péče jsou zřizovány zejména tyto ústavy:

- a/ ústav pro tělesně postiženou mládež,
- b/ ústav pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením,
- c/ ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami,
- d/ ústavy pro mentálně postiženou mládež,
- e/ ústavy pro tělesně postižené dospělé občany,
- f/ ústavy pro tělesně postižené občany s přidruženým mentálním postižením,
- g/ ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami,
- h/ ústavy pro smyslově postižené dospělé občany,
- ch/ ústavy pro mentálně postižené dospělé občany,
- i/ ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany,
- j/ ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty,
- k/ domovy důchodců,
- l/ domovy-penziony pro důchodce.

Zde jsou vyjmenovány jednotlivé druhy ústavů. V praxi bývá běžné, že jeden ústav poskytuje péči občanům s různým zdravotním postižením. Jedná-li se o jedince s mentální retardací, využívají tato státní zařízení především klienti s nejtěžším stupněm postižení. Jsou zařazováni na ošetrovatelská oddělení, určená pro obyvatele upoutané na

lůžko, nebo vyžadující náročnou ošetrovatelskou péči. Při středním stupni mentálního postižení se klienti organizují ve výchovných skupinách. Občané s mentálním postižením lehčího stupně mohou být do ústavu přijati jen tehdy, jestliže nezbytně potřebují ústavní péči.

Obyvatelům je poskytován podle potřeby **celoroční, týdenní** nebo **denní pobyt**, popřípadě pobyt přechodný. Přijímání jsou děti od tří let. Klienty ústavu sociální péče pro mentálně postiženou mládež mohou být do 26 let, výjimečně i déle. Následně bývají klienty ústavu pro dospělé mentálně postižené občany. Současným trendem je zřizování a přeměna stávajících zařízení na ústavy pro všechny věkové kategorie současně, což je vzhledem k mentálnímu věku klientů velmi vhodné.

Dětem a mládeži s těžkým mentálním postižením se poskytuje v ústavech sociální péče pro mládež takto postiženou zejména bydlení, zaopatření, osobní vybavení, zdravotní péče, rehabilitace, výchova zaměřená též k pracovní činnosti, kulturní a rekreační péče a zajištění soustavného vzdělávání.

Tato péče je též poskytována dospělým občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením. S přihlédnutím k jejich postižení je jim umožněno též přiměřené pracovní uplatnění.

Současné trendy se snaží vyhovět požadavkům klientů a jejich zákonným zástupcům. Proto bývají podle zřizovací listiny ústavy organizovány tak, aby poskytovaly péči současně dětem, mládeži i dospělým. Odpadá tak jejich v minulosti časté stěhování v důsledku dovršení určitého věku. Klienti mohou být přijati ve třech letech věku a pokud rozsah poskytovaných služeb odpovídá jejich potřebě, nemusí být již v průběhu svého života přezazováni do jiného zařízení. Některé ústavy jsou určeny pouze pro dívky (ženy), některé pro chlapce (muže). Stále více ústavů je koedukovaných.

Pracovníci zajišťující péči v ÚSP

O chod zařízení a péči o obyvatele se tedy stará velký počet pracovníků různých profesí. Osoby s nejtěžším postižením jsou převážně v péči zdravotnického personálu, pracovníků sociální péče provádějící obslužnou činnost a lékaře. Na výchovných odděleních pracují výchovní pracovníci.

Mezi **výchovné pracovníky** v ÚSP jsou zahrnuti speciální pedagogové a vychovatelé, kteří zajišťují výchovu a vzdělávání a pracovníci sociální péče zajišťující výchovnou činnost.

Pracovník sociální péče na výchovných odděleních v ÚSP je ten kdo v zařízení provádí: základní výchovnou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění osobní asistence.

Odbornou způsobilostí pro výchovné pracovníky se rozumí: dosažení zákonem dané úrovně vzdělání, přičemž existuje několik variant - úplné střední odborné pedagogické vzdělání, vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího akreditovaného programu, vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, nebo speciální pedagogiku, absolvování akreditovaného vzdělávacího kurzu v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání pracovníka sociální péče v trvání nejméně 5 let.

V zařízeních též pracuje fyzioterapeut, rehabilitační pracovník, ergoterapeut, psycholog a psychiatr. Sociální problematiku zajišťuje sociální pracovník. Provoz ústavu dále zajišťují pracovníci kuchyně, prádelny, údržby, administrativa. Některé ÚSP využívají externích pracovníků jako jsou společníci, terapeuti, asistenti, instruktoři pracovní výchovy. Záleží na rozsahu služeb a počtu obyvatel.

Druhy a charakteristika ústavů sociální péče jsou popisovány k datu 31.12. 2006.

Od 1. ledna 2007 vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách. Lze předpokládat, že nový zákon přinese podstatné změny v činnosti ústavů sociální péče. Ústavy sociální péče by se také podle tohoto zákona měly přejmenovat na Domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní nebo týdenní stacionáře.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce je přirozeným vyústěním její teoretické části a zaměřuje se tedy zejména na problematiku pracovně rehabilitačních aktivit v sociální péči. V praktické části bakalářské práce se jednalo o zmapování využívání možností a způsobů v péči o osoby s mentálním postižením v ústavech sociální péče.

3.1 Cíl praktické části

V posledních letech se značně rozšířily možnosti v péči o zdravotně postižené. Vedle klasických ústavů sociální péče fungují stacionáře, soukromá a církevní zařízení. Za pomoci různých nadací a občanských sdružení se budují chráněné dílny a byty. Mnohé se dalo do pohybu a pracuje k prospěchu těch, kteří naši pomoc potřebují, ale stále přetrvává určitá nedůvěra a pochybnosti k práci i samotné existenci ústavů sociální péče.

Cíl bakalářské práce je stanovení provedení analýzy kvality úrovně poskytované péče o občany s mentální retardací a možnosti rozvoje jejich osobnosti v ústavech sociální péče různých krajů České republiky.

Byly zadány dotazníky vybranému vzorku respondentů. Nashromážděné potřebné údaje byly zpracovány a rozkryly úroveň poskytované péče o mentálně postižené v ústavech sociální péče, která je v současné době klientům poskytována.

Dílčí cíle:

- na základě zkušeností vedoucích výchovných pracovníků ústavů sociální péče zmapovat poznatky o kvalitě poskytované péče a možnostech poskytování a následného využívání pracovně rehabilitačních aktivit.
- další dílčí cíl je podrobněji zaměřen na klienty ústavů sociální péče a možnosti využívání ergoterapie a možnosti podporovaného zaměstnávání.

3.2 Stanovení předpokladů

- 1/ Předpokládáme, že 50% ústavů sociální péče je koedukovaných a pracuje zde 65% kvalifikovaných pracovníků.
- 2/ Předpokládáme, že 60% mentálně retardovaných klientů využívá možnost podporovaného zaměstnávání a možnost chráněného bydlení.
- 3/ Předpokládáme, že ze 70% nejčastěji nabízených terapií pro klienty ústavů sociální péče je ergoterapie.
- 4/ Předpokládáme, že 30% klientů ústavů sociální péče kteří se podílejí na činnostech v zařízení mají uzavřené pracovní smlouvy.
- 5/ Předpokládáme, že 70% ústavů sociální péče poskytuje klientům starším 26–ti let možnost vzdělávání.

3.3 Použité metody

Nestandardizovaný dotazník, byl určen respondentům – výchovným pracovníkům ústavu sociální péče a sestaven se zřetelem na důležitost rozvoje osobnosti klientů s mentální retardací. Pro zpřesnění otázek v dotazníku byla provedena pilotáž, která pomohla odstranit nedostatky ve formulaci otázek. Respondenti dotazníku převážně odpovídali zaškrtnutím z předem nabízených odpovědí, další otázky preferovali vlastní vyjádření.

Dotazník pro výchovné pracovníky obsahuje 18 otázek dotazníku zaměřených na tato zjištění:

- bližší charakteristika ústavů sociální péče (otázky č. 1 – 8)
- zaměření ústavů sociální péče a pracovních rehabilitačních aktivit a metody (otázky č. 9 – 14)
- možnosti integrace mentálně postižených klientů ústavů sociální péče do společnosti (15 – 18)

Kompletní znění dotazníků je uvedeno v příloze č. 1.

3.4 Popis a charakteristika vzorku

Jedná se o náhodně vybraný vzorek ústavů sociální péče (dále jen ÚSP) jejichž výchovní pracovníci se stali dobrovolnými respondenty nestandardizovaného dotazníku. Vybraný vzorek N = 26. Jde o náhodný vzorek ze základního souboru: jeden výchovný pracovník z ÚSP. Získané výsledky proto nelze v žádném případě generalizovat.

3.5 Zpracování údajů

Tabulka č. 1 Počet nestandardizovaných dotazníků

Nestandardizovaný dotazník	Počet	Procenta
Rozesláno	40	100%
Vráceno	26	65%



Nestandardizovaný dotazník byl rozeslán vybraným ústavům sociální péče v České republice. Bylo rozesláno 40 nestandardizovaných dotazníků. Z celkového počtu 40 rozeslaných dotazníků byla návratnost 65% tj. 26 zcela vyplněných nestandardizovaných dotazníků. 26 ÚSP = 100%. Seznam 26 ÚSP v příloze č. 2.

Tabulka č. 2 Počet výchovných pracovníků

Počet ústavů	Počet výchovných pracovníků
26	443

Ve 26 ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením pracuje celkem 443 výchovných pracovníků.

Tabulka č. 3 Počet kvalifikovaných a nekvalifikovaných pracovníků

Vzdělání pedagogů	Počet	Procenta
Kvalifikovaných	308	70%
Nekvalifikovaných	135	30%

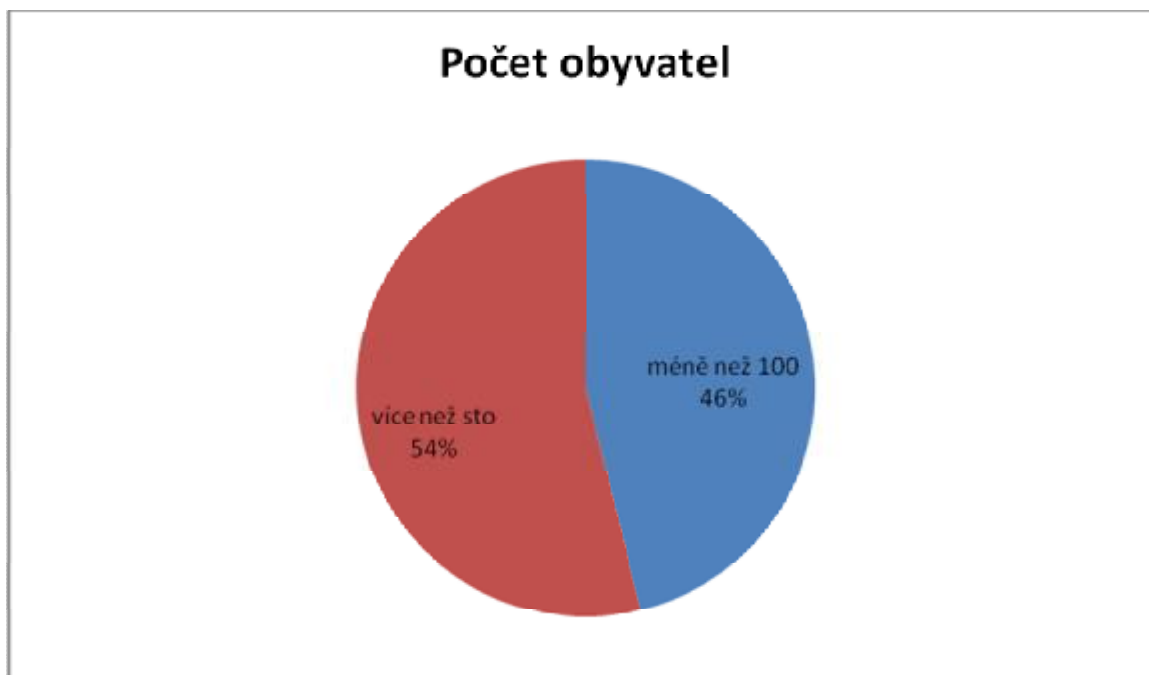


Z celkového počtu 443 výchovných pracovníků je 70% tj. 308 kvalifikovaných výchovných pracovníků. 30% tj. 135 představuje nekvalifikovaných výchovných pracovníků.

Dotázaní respondenti odpovídali k této otázce na počet kvalifikovaných pracovníků, ale nezaměřili svoji odpověď na počet pracovníků, kteří mají úplné střední odborné pedagogické vzdělání, vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího akreditovaného programu, vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu či akreditovaný kurz. V současné době je pro splnění kvalifikace pracovníka sociální péče a to na úseku výchovy postačující akreditovaný kurz v rozsahu 200 hodin. Autorka práce se domnívá, že pro práci výchovného pracovníka v ÚSP by se mělo požadovat minimálně úplné střední odborné vzdělání pedagogické, které svým obsahem a zaměřením dobře připravuje pedagogického pracovníka pro praxi.

Tabulka č. 4 Počet obyvatel v zařízeních

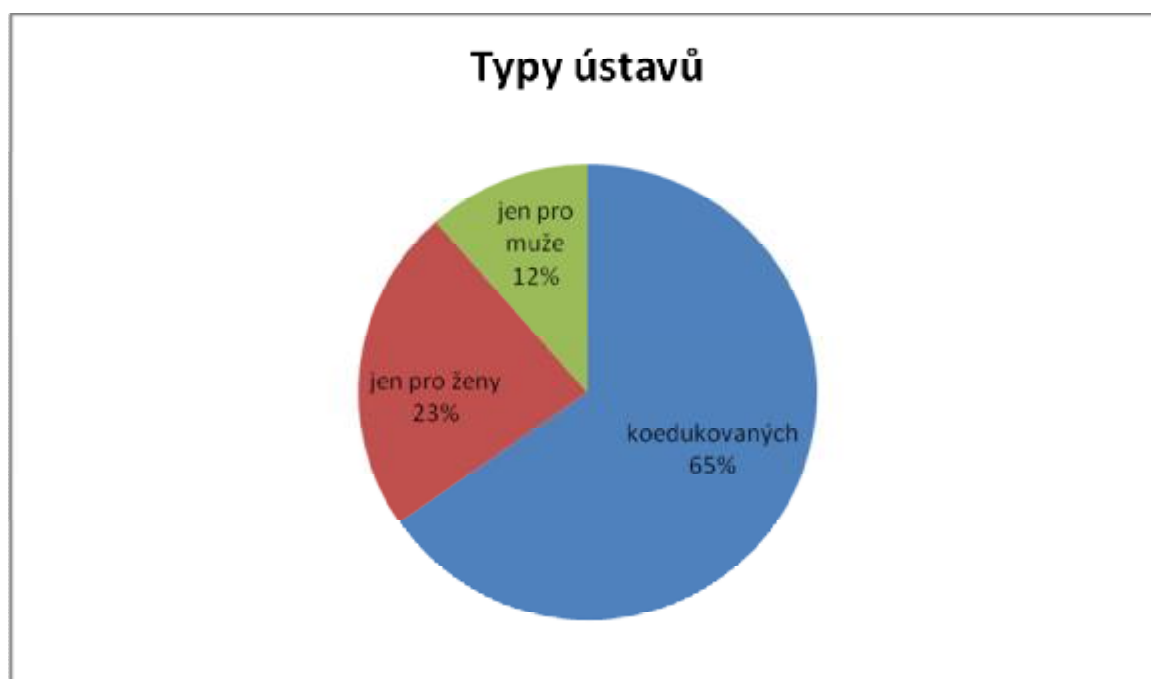
Počet obyvatel	Počet	Procenta
Méně než 100	12	46%
Více než 100	14	54%



12 tj. 46% ústavů sociální péče má kapacitu méně než 100 obyvatel. Více než sto obyvatel má 14 zařízení tj. 54%. Osobní názor autorky práce je, že v současné době se situace zlepšuje, zvyšuje se počet ÚSP s menší kapacitou obyvatel a snaží se přiblížit rodinnému prostředí a novému trendu socializace.

Tabulka č. 5 Typy ústavů sociální péče

Typy ústavů	Počet	Procenta
Koedukovaných	17	65%
Jen pro ženy	6	23%
Jen pro muže	3	12%



Z celkového počtu 26 ústavů sociální péče je 65% koedukovaných zařízení. ÚSP pro ženy je 23% a jen pro muže 12%.

Převážná většina ÚSP je koedukovných, zde mají klienti možnost poznávat druhé pohlaví, vzájemně komunikovat a vytvářet přátelské vztahy. Obyvatelé zařízení mají příležitost poznávat nové způsoby své existence. V ÚSP zaměřených pouze pro ženy nebo pro muže není umožněn sociální rozvoj s druhým pohlavím.

Tabulka č. 6 Věkové kategorie klientů v zařízení

Věkové kategorie	Počet zařízení	Procenta
Všem věkovým kategoriím od 3let	14	54%
Pro mládež a dospělé	7	27%
Pouze pro děti	0	0
Pouze pro dospělé	5	19%

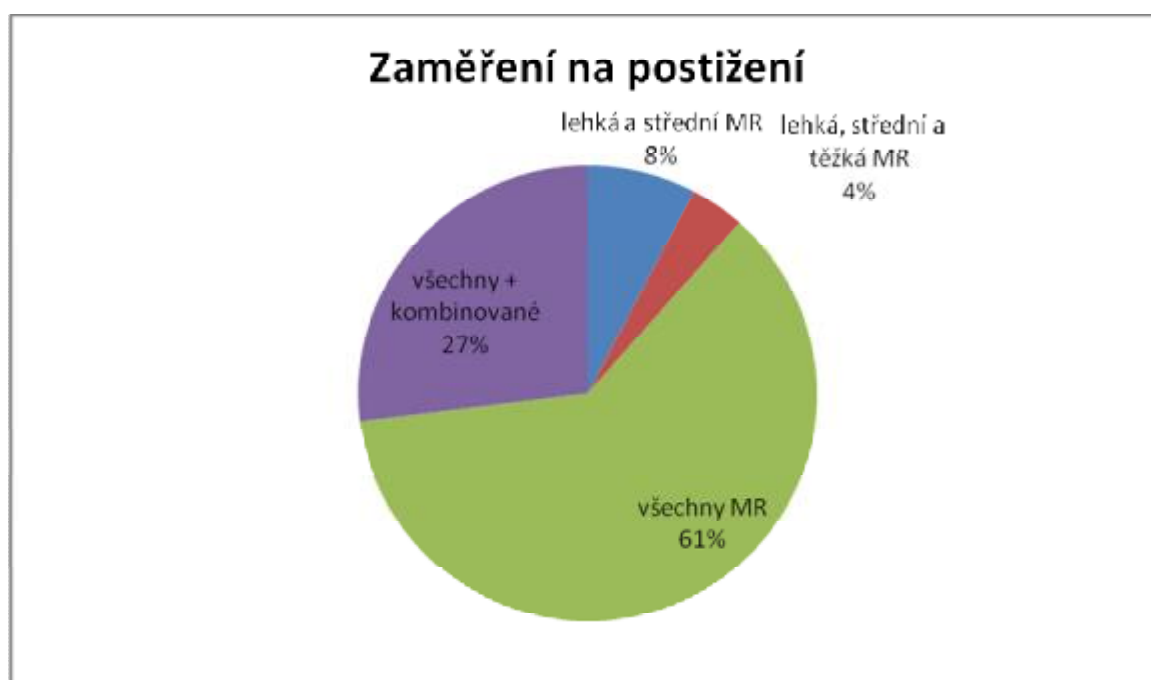


Všem věkovým kategoriím od 3 let věku poskytuje služby 14 zařízení tj. 54%. 7 ÚSP tj. 27% je určeno pro mládež a dospělé. Pouze pro dospělé je určeno 19% tj. 5 zařízení. Ve vybraném vzorku není zastoupen ÚSP pro děti – 0%.

„Předností pro obyvatele zařízení pro všechny věkové kategorie vidí autorka práce, že po dosažení určité věkové kategorie nejsou klienti ze zařízení přerazováni do cizího prostředí. Výchovní pracovníci mají možnost lépe poznat individuální potřeby klienta a respektují klientův mentální věk.“

Tabulka č. 7 Zaměření na postižení klientů v ÚSP

Druh, stupeň postižení	Počet	Procenta
Lehká a střední MR	2	8%
Lehká, střední a těžká MR	1	4%
Všechny MR	16	61%
Všechny + kombinované	7	27%



Pro lehkou a střední mentální retardaci (dále jen MR) jsou zaměřena 2 zařízení tj. 8%. Pro lehkou, střední a těžkou MR poskytuje služby 1 zařízení tj. 4%. Pro všechny stupně MR zajišťuje péči 16 ÚSP tj. 61%. 7 zařízení tj. 27% je zaměřeno pro všechny stupně MR spojené s kombinovanými vadami.

Tabulka č. 8 Možnosti ubytování klientů v ÚSP

Možnost ubytování	Počet	Procenta
1 – 2 lůžkové pokoje	20	77%
Neposkytuje	6	23%



Možnost ubytování v 1 – 2 lůžkových pokojích poskytuje svým klientům 20 ústavů sociální péče tj. 77%. 6 tj. 23% ÚSP tuto možnost nenabízí.

Jedním z nejdůležitějších požadavků, které umožňují postiženým jejich rozvoj osobnosti je úprava životního prostředí. Autorka práce se domnívá, že je důležité a vhodné vytvářet pro obyvatele zařízení prostředí, které se co nejvíce přibližuje domácím podmínkám. V zařízeních je vhodné upravit velké ložnice pro více klientů na možnosti ubytování v 1 – 2 lůžkových pokojích. Stále častěji se velká zařízení člení do několika budov, které umožňují větší míru soukromí a klidu pro klienty.

Tabulka č. 9 Možnosti pracovních činností klientů v ÚSP

Možnost činnosti klientů	Počet	Procenta
Úklid	24	92%
Práce na zahradě	23	88%
Práce v kuchyni	18	69%
Příprava jídla	12	46%
Práce v prádelně	10	38%
Údržba	6	23%
Péče o zvířata	3	12%
Žádná	0	0



ÚSP umožňují svým obyvatelům podílet se na pracovních činnostech v provozu zařízení a nejčastěji vykonávanou činností je úklid objektu tj. 92% z dotázaných respondentů. Pracovní činnosti na zahradě nabízí 23 ÚSP tj. 88%. Pracovní uplatnění v kuchyni umožňuje 18 respondentů tj. 69%. Na přípravě jídla se mohou obyvatelé

podílet ve 12 zařízeních tj. 46%. Pracovní uplatnění při provozu prádelny nabízí 10 ÚSP tj. 38%. Dále 6 zařízení tj. 23% nabízí pracovní činnosti na úseku údržby. Péče o zvířata je zastoupena z 12% tj. 3 ÚSP.

Autorka z vlastní praxe uvádí: „Začleňování mentálně retardovaných do pracovních činností v zařízení má velký význam pro rozvoj osobnosti po všech stránkách. Klienti mají možnost aktivně se zapojit do chodu života zařízení a vnímají, že jsou jeho nedílnou součástí. Již sama skutečnost pravidelné pracovní činnosti má v ústavu pro mnohé klienty nové nejen požadavky, ale i určitou zátěž, setkávání klientů z jednotlivých úseků a rozšiřování si vědomostí o životě a událostech ústavu i mimo něj. Mají tak možnost vzájemných kontaktů, rozhovorů, navazovat přátelství, učit se novým vzorům chování a řešení problémových situací vhodným způsobem. To vše napomáhá k orientaci v prostředí, plnění úkolů a povinností ve kterých mají možnost být samostatnější a zodpovědnější.“

Tabulka č. 10 Zastoupení ergoterapeutických dílen v ÚSP

Možnosti pracovních dílen	Počet	Procenta
Keramická	22	85%
Truhlářská	9	35%
Ruční práce	24	92%
Košičkářská	5	19%
Tkalcovská	6	23%
Textilní	11	42%
Svíčky	3	12%
Žádná	2	8%



Z řad dotázaných respondentů nenabízí 2 ÚSP tj. 8% žádnou ergoterapeutickou činnost. Nejčastěji nabízenou činností v zařízeních jsou ruční práce, jde o 92% tj. 24 ÚSP. Klienti ve 22 zařízeních tj. 85% mohou využívat keramickou dílnu. Truhlářské dílny jsou zastoupeny z 35% tj. v 9 zařízeních. Dále 6 ÚSP tj. 23% umožňuje terapii v tkalcovské dílně. Pracovní uplatnění v košíkářské dílně poskytuje 5 zařízení tj. 19%. Výrobou svíček se zabývají 3 ÚSP tj. 12%.

Autorka práce považuje za důležité možnost rozmanité nabídky činností pro klienty v rámci ústavu. Ergoterapeutická činnost v dílnách umožňuje vhodně uplatnit a uvolnit svoji energii. Rozvíjí se fyzická zdatnost, ale také celková obratnost, koordinace pohybů, vytrvalost, cílenost pohybů i manuální zručnost. Nové poznatky umožňují mentálně postiženým rozvíjet komunikační a řečové dovednosti. Pracovní činnosti vybízí klienty k postupnému zdokonalování práce. Na klienty také kladně působí při práci prožívání úspěchu z výsledku své činnosti. V ergoterapeutických dílnách má výchovný pracovník možnost individuálního působení na klienta.

Je zarážející, že v současné době dva ÚSP nenabízí svým klientům žádnou ergoterapeutickou činnost. Klienti v těchto zařízeních nemají možnost při pracovních a

volnočasových aktivitách projevit zájem a získávat nové poznatky a dovednosti potřebné k orientaci v běžném životě.

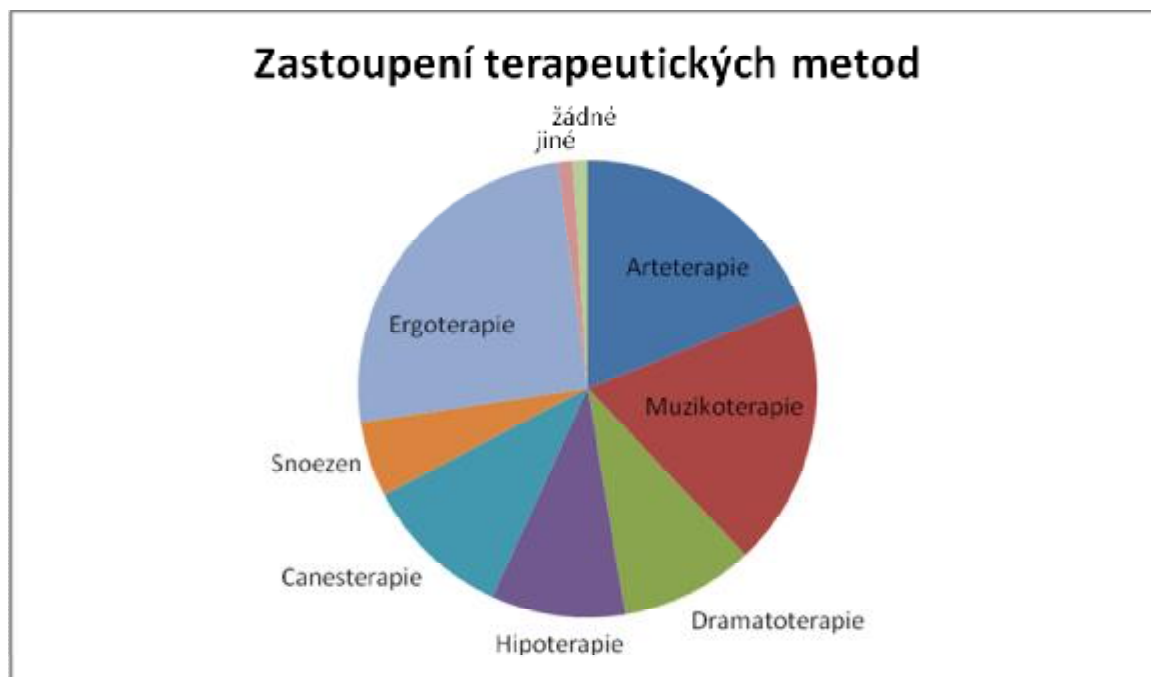
Tabulka č. 11 Věk klientů docházejících do ergoterapeutických dílen

Věk klientů v dílnách	Počet
15 – 65 let	26

Z dotazníků vyplynulo, že věk klientů kteří navštěvují ergoterapeutické dílny se pohybuje v rozmezí od 15 – do 65 let. Dotázaní respondenti zdůraznili, že nabízené činnosti v dílnách jsou pro klienty dobrovolné a záleží na jejich zájmu.

Tabulka č. 12 Zastoupení terapeutických metod v ÚSP

Terapeutické metody	Počet	Procenta
Arteterapie	18	69%
Muzikoterapie	18	69%
Dramatoterapie	9	35%
Hipoterapie	9	35%
Canesterapie	10	39%
Snoezelen	5	19%
Ergoterapie	24	92%
Jiné	1	4%
Žádné	1	4%



Nejvíce používanou metodou v ÚSP je ergoterapie, kterou využívá 24 zařízení tj. 92%. Arteterapii a muzikoterapii nabízí 18 ÚSP tj. 69% z dotázaných respondentů. Další oblíbenou terapií u 10 zařízení tj. 39% je canesterapie. Hipoterapii a dramaterapii využívá 35% ÚSP tj. 9 zařízení. Pouze 5 ÚSP tj. 19% poskytuje terapii snoezelen. 1 Respondent uvedl mezi poskytovanými terapiemi: zooterapii a biblioterapii. Jedná se o 4% z uvedených zařízení. 1 ÚSP neposkytuje žádné uvedené terapie.

Ergoterapeutické metody jsou speciální výchovné a vzdělávací prostředky a metody práce, které umožňují klientům dosáhnout co nejvyšší úrovně dovedností, vědomostí a osobních kvalit s ohledem na jejich individuální zvláštnosti. Zlepšují se poznávací procesy, orientace v okolním světě a uvědomění si své osoby

Z šetření vyplynulo, že pouze 5 zařízení poskytuje terapii snoezelen. Vzhledem k cílové klientele ÚSP, zde autorka práce vidí velké možnosti v rozvoji jedinců zejména s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Tabulka č. 13 Vedení terapeutických metod

Zajištění terapeutických metod	Počet	Procenta
Interními pracovníky	22	88%
Externími pracovníky	11	44%

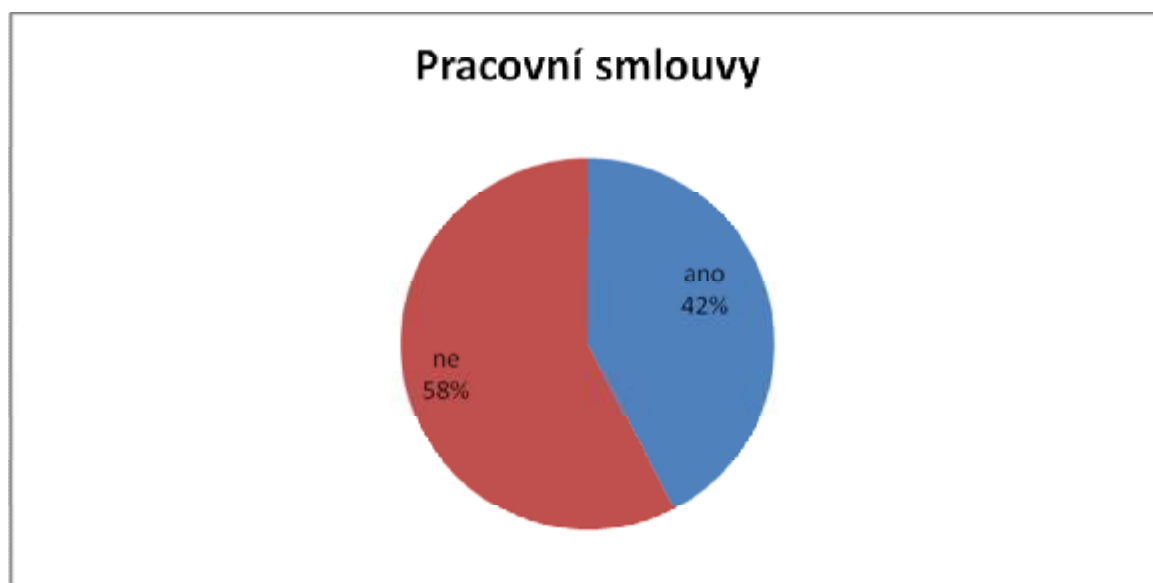


Ve 25 ÚSP (číslo 25 vychází z informace z tab. č. 12, kde z šetření vyplývá, že jedeno zařízení neposkytuje žádnou terapeutickou metodu) jsou zajišťovány terapeutické metody 22 interními pracovníky tj. 88%. Externích pracovníků využívá 11 zařízení tj. 44%.

Autorka práce se domnívá, že jsou značné rezervy ve využívání možností externích pracovníků, kteří mohou v ÚSP pracovat jako terapeuti, asistenti a instruktoři pracovní výchovy. Jedná se o odborníky jejichž práce není založena na profesionální rutině a kteří svoji práci zároveň přispívají k humanizačním trendům ústavů.

Tabulka č. 14 Pracovní smlouvy ÚSP s pracovně zařazenými klienty

Pracovní smlouvy	Počet	Procenta
Ano	11	42%
Ne	15	58%



Pracovní smlouvy pro pracovně zařazené klienty má 11 ÚSP tj. 42%. Tuto možnost pro své uživatele nenabízí 15 zařízení tj. 58%.

K zaměstnávání a k pracovní činnosti klientů, jak autorka dodává: je důležitá motivace a tou bezesporu je finanční odměna, která velkou měrou také zvyšuje sebevědomí klientů.

Tabulka č. 15 Možnosti podporovaného zaměstnávání klientů v ÚSP

Podporované zaměstnání	Počet	Procenta
Ano	9	35%
Ne	17	65%



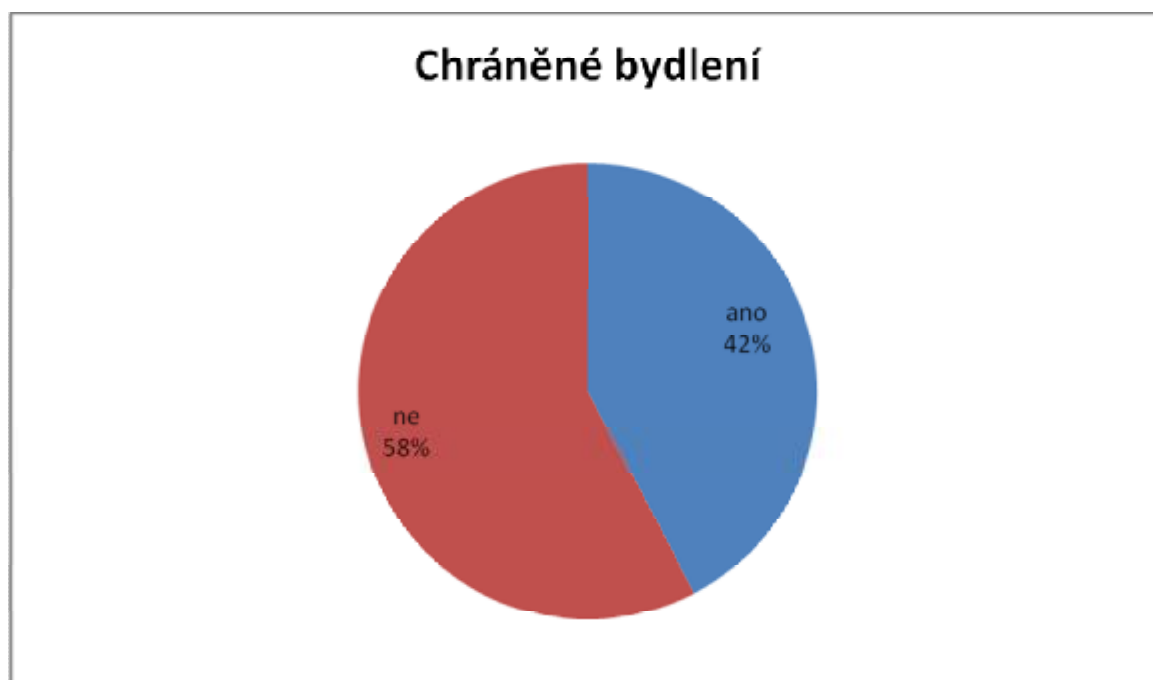
65% tj. 17 ÚSP nenabízí možnost podporovaného zaměstnávání. Podporované zaměstnávání mají možnost využívat klienti v 9 zařízeních tj. 35% z dotázaných respondentů.

Osamostatnění, začlenění se do společnosti a přiblížení se běžnému životu mentálně postižených výrazně přispívá možnost využití podporovaného zaměstnávání. Umožnění těchto nových trendů se do praxe dostává velmi pomalu.

Autorka práce se domnívá, že je v budoucnu třeba zlepšit oblast podporovaného zaměstnávání. Je důležité pro klienty ve větší míře vytvářet a hledat nové možnosti i podmínky pro podporované zaměstnávání. Dále se zaměřit na pomoc občanských sdružení a společenských organizací, kteří svou činností prosazují nejprogresivnější trendy v péči o mentálně postižené.

Tabulka č. 16 Možnosti chráněného bydlení v ÚSP

Chráněné bydlení	Počet	Procenta
Ano	11	42%
Ne	15	58%



Možnost chráněného bydlení v ÚSP je poskytována v 11 zařízeních tj. 42%. Tuto možnost chráněného bydlení neposkytuje 15 ÚSP tj. 58%.

Nově zajišťovaná péče o osoby s MR směřuje k deinstitucionalizaci a k zařízením rodinného typu. Jde o možnosti ubytování v chráněném bydlení vhodném zejména pro klienty s lehkou a střední mentální retardací. Chráněné bydlení vytváří podmínky rodinného prostředí pro mentálně postižené obyvatele, které je orientované na podporu a rozvoj jejich samostatnosti, sebeprosazení a integraci do společnosti.

Tabulka č. 17 Možnosti interního vzdělávání pro klienty starší 26 let

Interní vzdělání	Počet	Procenta
Ano	19	73%
Ne	7	27%



73% ÚSP tj. 19 nabízí možnost interního vzdělávání klientům starším 26 let. 7 zařízení tj. 27% tuto možnost svým uživatelům neposkytuje.

ÚSP jsou plné obyvatel, dnes již dospělých, kteří byli v minulosti prohlášeni za nevzdělavatelné, nebo těch, kteří absolvovali jen několik ročníků školní přípravy. Dotazník potvrdil a je potěšující, že stále více ÚSP poskytuje těmto klientům vzdělávání v rámci zařízení. Několikrát týdně se s klienty opakuje učivo, upevňuje se trivium, získávají vědomosti sociálního učení. Ti, kteří neprošli žádným vzděláváním se seznamují se základy trivia a vědomostmi vycházejícími ze vzdělávacích plánů speciální školy. Těžce a hluboce mentálně retardovaní jsou aktivováni pomocí nejrozličnějších terapií, nebo se učí zvládat alternativní formy komunikace. Vzdělávání může vycházet z materiálů pro rehabilitační třídy. Klienti ve věku povinné školní docházky navštěvují základní školu speciální či přípravný stupeň základní školy speciální, který bývá často zřizován při ÚSP.

Tabulka č. 18

Z dotazníků vyplynulo, že ÚSP se nejčastěji dostávají do povědomí veřejnosti prodejem a prezentací výrobků chráněných dílen a ateliérů. Fotografie některých výrobků jsou uvedeny viz. příloha č. 3. Pořádáním dnů otevřených dveří, společenskými a sportovními akcemi. Webovými stránkami. Spoluprací se školami. Účastmi na sportovních a kulturních akcích. Vystoupením hudebních a tanečních skupin jednotlivých zařízení. Informacemi o činnostech a akcích v médiích.

3.6 Shrnutí výsledků

V praktické části bakalářské práce byla zpracována metoda nestandardizovaného dotazníku. Cílem bakalářské práce bylo stanovení provedení analýzy kvality úrovně poskytované péče o občany s mentální retardací a možnosti rozvoje jejich osobnosti v ústavech sociální péče z různých krajů České republiky.

Nestandardizovaný dotazník, byl určen respondentům – výchovným pracovníkům ústavu sociální péče a sestaven se zřetelem na důležitost rozvoje osobnosti klientů s mentální retardací. Dotazník pro výchovné pracovníky obsahoval 18 otázek zaměřených na bližší charakteristiku ústavů sociální péče, zaměření ústavů sociální péče a pracovní rehabilitační aktivity a metody i dále na možnosti integrace mentálně postižených klientů ústavů sociální péče do společnosti.

Jedná se o náhodně vybraný vzorek ústavů sociální péče, jejichž výchovní pracovníci se dobrovolně stali respondenty nestandardizovaného dotazníku. Vybraný vzorek $N = 26$. Jde o náhodný vzorek ze základního souboru a je náhodný. Získané výsledky proto nelze v žádném případě zevšeobecňovat, čili $N = 26 = 100\%$.

Bylo rozdáno celkem 40 nestandardizovaných dotazníků pro výchovné pracovníky. Z celkového počtu 40 rozeslaných dotazníků byla návratnost 65% tj. 26 zcela vyplněných nestandardizovaných dotazníků.

Ze zjištěných výsledků u vybraného vzorku vyplývá:

Vyhodnocení předpokladu č. 1 - Předpokládáme, že 50% ústavů sociální péče je koedukovaných a zde pracuje 65% kvalifikovaných pracovníků.

Předpoklad č. 1 se potvrdil. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že z celkového počtu 26 ústavů sociální péče je 65% koedukovaných zařízení. ÚSP z tohoto počtu je pro ženy 23% a pro muže 12%. Z celkového počtu 443 výchovných pracovníků v těchto ústavech je 70% tj. 308 kvalifikovaných výchovných pracovníků a 30% tj. 135 nekvalifikovaných výchovných pracovníků.

Vyhodnocení předpokladu č. 2 - Předpokládáme, že 60% mentálně retardovaných klientů využívá možnost podporovaného zaměstnávání a možnost chráněného bydlení.

Předpoklad č. 2 se nepotvrdil. Při analýze bylo zjištěno, že 65% tj. 17 ÚSP nenabízí možnost podporovaného zaměstnávání. Podporované zaměstnávání mají možnost využívat klienti v 9 zařízeních tj. 35% z dotázaných respondentů. Možnost chráněného bydlení v ÚSP je poskytována v 11 zařízeních tj. 42%. Tuto možnost chráněného bydlení neposkytuje 15 ÚSP tj. 58%. Dále bylo zjištěno, že 12 tj. 46% ústavů sociální péče má kapacitu méně než 100 obyvatel. Více než sto obyvatel má 14 tj. 54% zařízení. Možnost ubytování v 1 – 2 lůžkových pokojích poskytuje svým klientům 20 ústavů sociální péče tj. 77%. 6 tj. 23% ÚSP tuto možnost nenabízí.

Vyhodnocení předpokladu č. 3 - Předpokládáme, že ze 70% nejčastěji nabízených terapií pro klienty ústavů sociální péče je ergoterapie.

Předpoklad č. 3 se potvrdil. Z řad dotázaných respondentů nenabízí 2 ÚSP tj. 8% žádnou ergoterapeutickou činnost. Nejčastěji nabízenou činností v zařízeních jsou ruční práce, jde o 92% tj. 24 ÚSP. Klienti ve 22 zařízeních tj. 85% mohou využívat keramickou dílnu. Truhlářské dílny jsou zastoupeny z 35% tj. v 9 zařízeních. Dále 6 ÚSP tj. 23% umožňuje terapii v tkalcovské dílně. Pracovní uplatnění v košíkářské dílně poskytuje 5 zařízení tj. 19%. Výrobou svíček se zabývají 3 ÚSP tj. 12%. Z dotazníků vyplynulo, že věk klientů kteří navštěvují ergoterapeutické dílny se pohybuje v rozmezí od 15 – do 65 let. Dotázaní respondenti zdůraznili, že nabízené činnosti v dílnách jsou pro klienty dobrovolné a záleží na jejich zájmu.

Vyhodnocení předpokladu č. 4 - Předpokládáme, že 30% klientů ústavů sociální péče, kteří se podílejí na činnostech v zařízení mají uzavřené pracovní smlouvy.

Předpoklad č. 4 se potvrdil. Pracovní smlouvy pro pracovníčně zařazené klienty má 11 ÚSP tj. 42%. Tuto možnost pro své uživatele nenabízí 15 zařízení tj. 58%.

ÚSP umožňují svým obyvatelům podílet se na pracovních činnostech v provozu zařízení a nejčastěji vykonávanou činností je úklid objektu tj. 92% z dotázaných respondentů. Pracovní činnosti na zahradě nabízí 23 ÚSP tj. 88%. Pracovní uplatnění v kuchyni uvádí 18 respondentů tj. 69%. Na přípravě jídla se mohou obyvatelé podílet. Tuto možnost pro své uživatele nenabízí 15 zařízení tj. 58%. Pracovní uplatnění při provozu prádelny nabízí 10 ÚSP tj. 38%, dále 6 zařízení tj. 23% nabízí pracovní činnosti na úseku údržby, péče o zvířata je zastoupena 12% tj. ve 3 ÚSP.

Předpoklad č. 5 - Předpokládáme, že 70% ústavů sociální péče poskytuje klientům starším 26 – ti let možnost vzdělávání.

Předpoklad č.5 se potvrdil. Možnosti interního vzdělávání klientům starším 26 let umožňuje 73% ÚSP tj. 19 zařízení.

4 ZÁVĚR

„Pracovně rehabilitační aktivity v ústavech sociální péče“, bylo téma bakalářské práce. Podnětem ke zpracování bakalářské práce byly zkušenosti autorky z praxe. Pracuje jako výchovný pracovník s mentálně postiženými osobami v ústavu sociální péče.

Teoretická část bakalářské práce se zabývala problematikou mentální retardace: definicí, etiologií, klasifikací, podpůrnými metodami uplatňovanými při práci s osobami s mentální retardací. Informace byly čerpány z odborné literatury a jiných dostupných zdrojů.

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat kvalitu úrovně poskytované péče o občany s mentální retardací a možnosti rozvoje jejich osobnosti v ústavech sociální péče v různých krajích České republiky.

Respondentům – výchovným pracovníkům ústavů sociální péče byl určen nestandardizovaný dotazník, který měl za úkol analyzovat systém, metody, podmínky a současný stav poskytované ústavní péče. Vybraný vzorek $N = 26$. Jde o vzorek ze základního souboru: jeden výchovný pracovník z ÚSP. Jednalo se o náhodný. Získané výsledky proto nelze v žádném případě zevšeobecňovat.

Přínos bakalářské práce spatřuje autorka práce ve zmapování možností rozvoje osobnosti mentálně retardovaných v podmínkách ústavní péče. Byly popsány terapie používané v pedagogické praxi při práci s postiženými s cílem rozvoje všech složek jejich osobnosti.

Naše veřejnost není o ústavní péči pro mentálně postižené spoluobčany dostatečně informovaná, mnohé věci jsou stále tabuizované a při tom mentálně retardovaní jedinci potřebují stejnou péči a uplatnění ve společnosti jako „zdraví“ občané. V současné době se podařilo pokročit v řadě oblastí, které vedou ke zlepšování podmínek života občanů s mentálním postižením.

Pro pracovníky ústavů se pořádají různé kurzy, přednášky, besedy a školení o aktuálních problémech začleňování mentálně postižených do společnosti, o právních záležitostech, o nových trendech péče, terapiích apod. Pedagogičtí pracovníci si doplňují

a zvyšují vzdělání. To vše koresponduje s předpokladem č. 1, který potvrdil, že v ústavách sociální péče pracuje více kvalifikovaných výchovných pracovníků. Z celkového počtu 443 výchovných pracovníků je 70% tj. 308 kvalifikovaných výchovných pracovníků.

Ústavy sociální péče poskytují péči všem věkovým kategoriím klientů od 3 let věku. Tyto služby poskytuje 14 zařízení tj. 54%. Klienti těchto zařízení nejenom, že nejsou po dosažení určené věkové hranice přearžováni do jiného zařízení a tím vytrženi ze známého prostředí, ale také je zde respektován klientův mentální věk a jeho individuální potřeby. 7 ÚSP tj. 27% je určeno pro mládež a dospělé. Pouze pro dospělé je určeno 19% tj. 5 zařízení. Ve vybraném vzorku není zastoupen ÚSP pro děti – 0%.

Jedním z nejdůležitějších požadavků, které umožňují postiženým jejich rozvoj osobnosti je úprava životního prostředí. V minulosti byly tendence budovat velké komplexy – ústavy, které měly více jak 100 obyvatel. Z výsledků dotazníků vyplynulo, že 46% tj. 12 ústavů sociální péče má kapacitu méně než 100 obyvatel. Více než sto obyvatel má 14 tj. 54% zařízení. V současné době se trend socializace mění a je snaha o snížení počtu obyvatel v ÚSP na (méně jak 100 obyvatel). Zejména možnost, pokud se jedná o ubytování v 1 – 2 lůžkových pokojích poskytuje svým klientům 20 ústavů sociální péče tj. 77%. V celé řadě ústavů dochází k rozsáhlým rekonstrukcím, zaměstnanci se snaží se vytvářet pro obyvatele prostředí, které se co nejvíce přibližuje domácím podmínkám. V zařízeních se upravují veliké ložnice pro více klientů na možnosti ubytování v 1 – 2 lůžkových pokojích. Stále častěji se velká zařízení člení do několika budov, které umožňují větší míru soukromí a klidu pro klienty.

Nově zajišťovaná péče o osoby s MR směřuje k deinstitucionalizaci a k zařízením rodinného typu. Jde o možnosti ubytování v chráněném bydlení vhodném zejména pro klienty s lehkou a střední mentální retardací. Chráněné bydlení vytváří podmínky rodinného prostředí pro mentálně postižené obyvatele, které je orientované na podporu a rozvoj jejich samostatnosti, sebeprosazení a integraci do společnosti. Z dotazníků vyplynulo, že tuto možnost bydlení ÚSP poskytují v 11 zařízeních tj. 42%. Možnost chráněného bydlení neposkytuje 15 zařízení. ÚSP tj.

Z dotazníku dále vyplynulo, že pro lehkou a střední mentální retardaci jsou zaměřena 2 zařízení z oslovených 26 tj. 8%. Klientům s lehkou, střední a těžkou MR poskytuje služby 1 zařízení z 26 oslovených ÚSP tj. 4%. Pro všechny stupně MR

zajišťuje péči 16 ÚSP tj. 62%. 7 zařízení tj. 27% je zaměřeno pro všechny stupně MR spojené s kombinovanými vadami.

Pro tisíce postižených se v ÚSP v České republice pořádají rehabilitační pobyty, probíhají kurzy plavání, konají se turistické vycházky, výlety, sportovní setkání a pravidelné (každodenní) terapie s programem rozvoje všech složek osobnosti. Podle názoru autorky a vlastních zkušeností se domnívá, že ergoterapie (léčba prací) je významná pro celkový rozvoj osobnosti. Tento názor potvrdilo šetření dotazníku: nejvíce používanou metodou v ÚSP je ergoterapie, kterou využívá 24 zařízení tj. 92%. Arteterapii a muzikoterapii nabízí 18 ÚSP tj. 69% z dotázaných respondentů. Další oblíbenou terapií v 10 zařízeních tj. 39% je canesterapie. Hipoterapii a dramatoterapii využívá 35% ÚSP tj. 9 zařízení. Pouze 5 ÚSP tj. 19% poskytuje terapii snoezelen. Jeden respondent uvedl mezi poskytovanými terapiemi: zooterapii a biblioterapii. Jedná se o 4% z uvedených zařízení. 1 ÚSP neposkytuje žádné uvedené terapie.

Pracovně rehabilitační aktivity pomáhají rozvíjet rozmanité pracovní schopnosti a dovednosti. Bohužel, i přes veškerou snahu o zlepšení podmínek v současné době se z řad dotázaných respondentů 2 ÚSP tj. 8% nemají zřízenou žádnou ergoterapeutickou dílnu a nenabízí žádnou pracovní činnost. Ostatní respondenti odpověděli, že nejčastěji nabízenou činností v zařízeních jsou ruční práce, jde o 92% tj. 24 ÚSP. Klienti ve 22 zařízeních tj. 85% mohou využívat keramickou dílnu. Truhlářské dílny jsou zastoupeny z 35% tj. v 9 zařízeních. Dále 6 ÚSP tj. 23% umožňuje terapii v tkalcovské dílně. Pracovní uplatnění v košíkářské dílně poskytuje 5 zařízení tj. 19%. Výrobou svíček se zabývají 3 ÚSP tj. 12%. Z dotazníků vyplynulo, že věk klientů kteří navštěvují ergoterapeutické dílny se pohybuje v rozmezí od 15 – do 65 let. Dotázaní respondenti zdůraznili, že nabízené činnosti v dílnách jsou pro klienty dobrovolné a záleží na jejich zájmu. Dále z dotazníku vyplynulo, že ve 25 ÚSP jsou zajišťovány terapeutické metody 22 interními pracovníky tj. 88%. Externích pracovníků využívá 11 zařízení tj. 44%.

Daří se organizovat i velké společenské akce – výstavy, přehlídky umělecké tvořivosti, festivaly, kde se mají možnost prezentovat nejen jedinci s mentálním postižením, ale i ÚSP. Z dotazníků vyplynulo, že ÚSP se nejčastěji dostávají do povědomí veřejnosti prodejem a prezentací výrobků chráněných dílen a ateliérů. Pořádáním dnů otevřených dveří, společenskými a sportovními akcemi. Webovými stránkami. Spoluprací se školami. Účastmi na sportovních a kulturních akcích.

Vystoupením hudebních a tanečních skupin jednotlivých zařízení. Informacemi o činnostech a akcích v médiích.

Začíná se též dařit zlepšovat celoživotní vzdělávání osob s mentálním postižením, to potvrdil předpoklad č. 5. Možnosti interního vzdělávání klientům starším 26 let umožňuje 73% ÚSP tj. 19 zařízení. 27% tuto možnost svým uživatelům neposkytuje.

Pracovní smlouvy pro pracovně zařazené klienty má 11 ÚSP tj. 42%. Tuto možnost pro své uživatele nenabízí 15 zařízení tj. 58%, tento výsledek potvrdil předpoklad č. 4. K zaměstnávání a k pracovní činnosti klientů je důležitá motivace a tou bezesporu je finanční odměna, která velkou měrou také zvyšuje sebevědomí klienta. ÚSP umožňuje svým obyvatelům podílet se na pracovních činnostech v provozu zařízení a nejčastěji vykonávanou činností je úklid objektu tj. 92% z dotázaných respondentů. Pracovní činnosti na zahradě nabízí 23 ÚSP tj. 88%. Pracovní uplatnění klientů v kuchyni a možnost spolupodílet se na přípravě jídla umožňuje 18 respondentů tj. 69%. Tuto možnost pro své uživatele nenabízí 15 zařízení tj. 58% ve 12 zařízeních tj. 46%. Pracovní uplatnění při provozu prádelny nabízí 10 ÚSP tj. 38%. Dále 6 zařízení tj. 23% nabízí pracovní činnosti na úseku údržby. Péče o zvířata je zastoupena z 12% tj. 3 ÚSP.

Osamostatnění, začlenění se do společnosti a přiblížení se běžnému životu mentálně postižených výrazně přispívá možnost podporovaného zaměstnávání. 65% tj. 17 ÚSP nenabízí možnost podporovaného zaměstnávání. Podporované zaměstnávání mají možnost využívat klienti v 9 zařízeních tj. 35% z dotázaných respondentů.

Navrhovaná doporučení:

Pokusíme-li se získané závěry shrnout, můžeme konstatovat, že u náhodně vybraného vzorku ÚSP dochází k postupné humanizaci sociálních zařízení. Je to nezbytná podmínka k tomu, aby péče o mentálně postižené osoby v ÚSP byla kvalitnější a nabízela možnosti služeb v co nejširší míře. Snažit se postiženým vytvářet takové podmínky, které jim umožňují využívat svého potenciálu. Zabezpečení vlastního života a vytváření společensky užitečných hodnot. Vhodně upravené životní podmínky, odpovídající prostředí, režim dne s přiměřenými aktivitami, vytváří předpoklady všestrannému rozvoji osobnosti postiženého. Umožňují jejich seberealizaci a růst sebevědomí, vrůstání do společnosti a určitou míru společenské angažovanosti, jejich životní pohodu a spokojenost.

Většina našich ústavů, které zajišťují péči o mentálně postižené využívají a hledají nové způsoby práce, terapie a služby. Zlepšení potvrdily výsledky dotazníku, ze kterého také vyplynulo, že v praxi nejsou využívány všechny možnosti, které jsou dostupné pro vhodné životní podmínky osob s mentálním postižením.

Ke zlepšení podmínek péče o postižené jedince navrhuje:

Podle našeho názoru ke zlepšení podmínek péče o mentálně postižené jedince v ÚSP by bylo vhodné se snažit upravit podmínky života v zařízeních tak, aby se co nejvíce přibližovaly domácímu prostředí. Jedná se o zařízení s počtem klientů sto a více. Vhodným rozdělením velkého počtu obyvatel: například rozdělením do více objektů a tím zajistit klidnější prostředí, které bude odpovídat jejich různým potřebám, možnostem a bude se co nejvíce podobat domácímu prostředí. V ÚSP vytvořit více pokojů 1 až 2 lůžkových.

Umožnit klientům co největší samostatnost v rámci jejich schopností a možnost podílet se na všech pracovních aktivitách spojených s provozem zařízení. Úklid, drobná údržba, práce na zahradě, péče o své oděvy a ve volných dnech možnost společného vaření v kuchyni. Jednou z možností, jak lépe motivovat, aktivně podporovat a posilovat sebevědomí klientů v pracovních činnostech je uzavření pracovní smlouvy s klientem. Tento náš názor potvrzuje výsledek z dotazníku: pracovní smlouvy pro pracovní zařazené klienty má 11 ÚSP tj. 42%. Tuto možnost pro své uživatele nenabízí 15 zařízení tj. 58%.

Další část, kterou je v budoucnu třeba zlepšit, je oblast podporovaného zaměstnávání a chráněného bydlení. Je důležité pro klienty ve větší míře vytvářet a hledat nové možnosti a podmínky pro zaměstnávání a bydlení. Zaměřit se na pomoc občanských sdružení a společenských organizací, kteří svou činností prosazují nejprogresivnější trendy v péči o mentálně postižené. Umožnění těchto nových trendů se do praxe dostává velmi pomalu. Možnost podporovaného zaměstnávání podle výsledků z dotazníků využívá pouze 9 zařízení tj. 35% a chráněné bydlení poskytuje svým klientům 11 zařízení tj. 42%.

V našich podmínkách dochází ke zlepšení možností forem vzdělávání klientů starších 26 let. ÚSP je poskytuje v „interní škole“ pro své obyvatele v 73% tj. 19 zařízení. Zde se jedná hlavně o opakování trivia a upevňování a rozšiřování znalostí i vědomostí zaměřených na orientaci v praktickém životě.

Pro mentálně postižené občany, kteří žijí v ÚSP je důležité komunikovat a navazovat přátelské i hlubší vztahy s opačným pohlavím. V zařízeních zaměřených jen pro muže nebo jen pro ženy by bylo vhodné umožňovat pravidelná setkání s opačným pohlavím na různých společenských a sportovních akcích a svým klientům tak umožnily se plně rozvíjet a tyto vztahy vytvářet. Z celkového počtu 26 ústavů sociální péče je 65% koedukovaných zařízení. ÚSP pro ženy je 23% a jen pro muže 12%

Je smutné, že v dnešní době 21. století se najdou dva ústavy sociální péče, kteří nenabízejí žádnou terapii. Šetření potvrzuje vhodnost využívání terapií a postupné zvyšování nároků na mentálně retardované klienty např. pravidelnou pracovní aktivitou – ergoterapií. Tato aktivita vyhovuje nejvyššímu počtu respondentů tj. 92%. Z dotazníků také vyplynulo, že pouze 5 ÚSP tj. 19% poskytuje terapii snoezelen. Vzhledem k cílové klientele ÚSP, zde vidím velké možnosti v rozvoji jedinců zejména s těžkou a hlubokou mentální retardací.

Ústavy sociální péče mají v péči o občany s mentálním postižením důležité poslání a poskytují služby, které zatím není připravena převzít žádná jiná instituce. Pro mnohé občany je ÚSP náhradní domov a pro celkový rozvoj jeho osobnosti je velmi důležité, jaký personál mu pomáhá a poskytuje mu potřebnou péči. Zda je schopen pozitivně myslet, přinášet nové nápady, naslouchat, vcítit se, respektovat, nabízet a motivovat k činnostem lidí s mentálním postižením žijící v zařízení.

5 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ

- 1/ CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 13 s. ISBN 80-7178-204-1
- 2/ HINTNAUSOVÁ, M. *Účast rodičů a pedagogů při ergoterapii dětí*. 1.vyd. Praha: Institut ped. psych. poradenství, 1995, 10-11 s. ISBN 80-7531-54
- 3/ KUBÍNOVÁ, D. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: UP, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1
- 4/ KOBLICOVÁ, A. *Arteterapie a psychoterapie v období dospívání*. 1.vyd. Praha: UK, 2000. 20-28 s. ISBN 80-7290-004-8
- 5/ KOLEKTIV, *Defektologický slovník*, 2.vyd. Praha: SPN, 1984, 480 s.
- 6/ PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-65-6
- 7/ JESENSKKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: UK, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1
- 8/ ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 30-32 s. ISBN 80-7178-616-0
- 9/ TITZL, B. Partnerství člověk-pes a jeho využití pro podporu osob znevýhodněných. *Speciální pedagogika*. 1996. č.3, 45-50s.
- 10/ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 289-315 s. ISBN 80-7178-802-3
- 11/ VALENTA, M. *Dramaterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5

- 12/ STIBUREK, M. *Arteterapie, artefietika-podoby, obsah, hranice, role, cíle*. Praha: UK, 2000, 33-47 s. ISBN 80-7290-004-8
- 13/ ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-264-5
- 14/ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 127-129 s. ISBN 80-7367-060-7
- 15/ ŠVINGALOVÁ, D. *Metodické pokyny pro zpracování bakalářských prací*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-704-7
- 16/ ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-696-2
- 17/ UNESCO, *Terminologický speciálně pedagogický slovník*. Černá, M. Praha: UK, 1995. 12 s. ISBN 80-7066-899-7
- 18/ ZOUHAROVÁ, M., POLÁŠKOVÁ, D. Canisterapie. *Mentální retardace*. 2000.č.39,s. 20
- 19/ [http:// www.hipoterapie.cz](http://www.hipoterapie.cz)
- 20/ [http:// www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
- 21/ [http:// www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)

6 SEZNAM PŘÍLOH

1/ Dotazník pro výchovné pracovníky ÚSP (viz. text – str. 31)

2/ Seznam 26 ÚSP (viz. text – str. 33)

3/ Výrobky klientů ergoterapeutických dílen v ÚSP (viz. text – str. 47)

Příloha č.1

Dotazník pro výchovné pracovníky ÚSP

Vážené kolegyně, vážení kolegové, žádám Vás o spolupráci při vyplňování dotazníku. Mým cílem je zjistit, jaké možnosti rozvoje osobnosti mentálně postižených se nabízejí v zařízeních ústavů sociální péče.

Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte (dle svého uvážení můžete zvolit i více odpovědí k jedné otázce), případně Vás prosím o písemné doplnění vlastními slovy.

Tento dotazník a jeho výsledky budu interpretovat v bakalářské práci, která je součástí ukončení mého studia na Pedagogické fakultě Technické univerzity v Liberci.

Předem děkuji za spolupráci a za čas, který strávíte nad vyplňováním odpovědí. Dotazník prosím odešlete nejpozději do 15.2.2007 na adresu: Petra Kučerová, Družstevní 35/12, Litoměřice, 412 01 nebo na e-mail hulcerka@quick.cz

Velice děkuji.

Petra Kučerová

1/. Název a adresa ústavu:

.....
.....

2/. Počet výchovných pracovníků:

.....
.....

3/. Počet kvalifikovaných a nekvalifikovaných pracovníků:

- kvalifikovaných pracovníků
- nekvalifikovaných pracovníků

4/. Velikost zařízení, počet obyvatel:

.....
.....

5/. Jedná se o ústav:

- a) koedukovaný,
- b) jen pro muže
- c) jen pro ženy?

6/. Pro jaké věkové kategorie uživatelů je ústav určen:

- a) všem věkovým kategoriím
- b) pouze pro dospělé
- c) pouze pro děti
- d) pro mládež a dospělé
- e)

7/. Pro jaký stupeň a druh postižení uživatelů je vaše zařízení určeno.

- a) lehká MR
- b) středně těžká MR
- c) těžká MR
- d) hluboká MR
- e)

8/. Jaké ubytování mají uživatelé k dispozici?

- a) dvoulůžkové pokoje
- b) třílůžkové pokoje
- c) čtyřlůžkové pokoje
- d) pětílůžkové pokoje
- e)

9/. Na jakých činnostech ve vašem zařízení se klienti podílejí.(počet klientů)

- a) úklid objektu,
- b) na přípravě jídla
- c) práce na zahradě
- d) pomocné práce v kuchyni
- e) údržba
- f) na žádné
- e)

10/. Jaké ergoterapeutické dílny jsou k dispozici vašim klientům a (počet navštěvujících klientů):

- a) keramická dílna
- b) truhlářská dílna
- c) ruční práce
- d) košíkářská dílna
- e) tkalcovská dílna
- f) textilní dílna
- g) žádná
- h)

11/. Jaký je věk klientů kteří docházejí do ergoterapeutických dílen:

.....

12/. Jaké terapeutické metody nabízí Váš ústav (a pro jaký počet klientů):

- a) arteterapii
- b) muzikoterapii
- c) dramaterapii
- d) hipoterapii
- e) canisterapii
- f) snoezelen
- g) ergoterapii
- h) žádné
- ch)

13/. Terapeutické metody jsou ve vašem ÚSP odborně zajišťovány:

- a) interními pracovníky – počet
- b) externími pracovníky – počet

14/. Má Váš ústav pracovní smlouvy s klienty, kteří jsou zde pracovně zařazeni:

- a) ano - na jakých úsecích a kolik klientů
.....
.....
- b) ne

15/. Mají vaši klienti příležitost využívat možnosti podporovaného zaměstnávání:

- a) ano – počet klientů
- b) ne

16/. Poskytuje váš ÚSP klientům možnost bydlet v chráněném bydlení:

- a) ano – počet klientů
- b) ne

17/. Nabízí váš ÚSP interní vzdělávání (trivia) klientům starším 26 let:

- a) ano – počet klientů
- b) ne

18/. Čím se váš ÚSP nejvíce dostává do povědomí veřejnosti:

.....
.....
.....
.....

Příloha č. 2

Seznam 26 ÚSP

ÚSP Bystřice

ÚSP Empatie

ÚSP Háj u Duchova

ÚSP Chotěšov

ÚSP Jablonec

ÚSP Jindřichův Hradec

ÚSP Jinošov

ÚSP Krásná Lípa

ÚSP Křešice

ÚSP Kvasiny

ÚSP Liběšice

ÚSP Liščina

ÚSP Litvínov – Janov

ÚSP Mačkov

ÚSP Mazlov

ÚSP Mnichov

ÚSP Nová Horka

ÚSP Psáry

ÚSP Ratiměř

ÚSP Skalice

ÚSP Skalička

ÚSP Střelice

ÚSP Svitavy

ÚSP Šternberk

ÚSP Těchobuz

ÚSP Tuchořice

Příloha č. 3

Výrobky klientů ergoterapeutických dílen v ÚSP







